

ELINA HAAPANIEMI

Vanhemman psykoosi ja perhevuorovaikutus

ELINA HAAPANIEMI

Vanhemman psykoosi ja perhevuorovaikutus

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston

Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunnan

suostumuksella julkisesti tarkastettavaksi

Tampereen yliopiston Arvo-rakennuksen

auditoriossa C114, Arvo Ylpön katu 34,

Tampere, 6.3.2020, klo 12

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto, Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta

<i>Vastuuohjaaja ja Kustos</i>	Professori Olli Kampman Tampereen yliopisto	
<i>Ohjaajat</i>	Professori Sami Pirkola Tampereen yliopisto	Dosentti Klaus Lehtinen Jyväskylän yliopisto
<i>Esitarkastajat</i>	Professori Jorma Piha Turun yliopisto	Professori Jarl Wahlström Jyväskylän yliopisto
<i>Vastaväittäjä</i>	Professori Jyrki Korkeila Turun yliopisto	

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla.

Copyright ©2020 Elina Haapaniemi

Kannen suunnittelu: Roihu Inc.

ISBN 978-952-03-1457-6 (painettu)
ISBN 978-952-03-1458-3 (verkkojulkaisu)
ISSN 2489-9860 (painettu)
ISSN 2490-0028 (verkkojulkaisu)
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-1458-3>

PunaMusta Oy – Yliopistopaino
Tampere 2020

Omistan tämän kirjan isoäidilleni

Alfhilda Korkeelle

KIITOKSET

Ensimmäiset kiitokset lähetän pilven reunalle Päivi Kiviniemelle, kollegalleni ja tutkijatoverilleni, jota ilman tätä aineistoa ja tätä kirjaa ei olisi olemassa. Olisin halunnut jakaa tämän kirjan valmistumisen ilon sinun kanssasi.

Ilman dosentti Klaus Lehtistä en olisi tätä työtä koskaan aloittanut. Alkuvaiheen ideointivaiheesta ohjaamista jatkoi professori Musi Joukamaa, joka loi ryhtiä tutkimustyöhön – ei päivää ilman piirtoa. Terveystieteen tohtori Nina Kilcku antoi tärkeitä kommentteja tutkimusasetelmaani. Lääketieteen kandidaatit Leea Oikarainen ja Hilla Sivula kiinnostuivat aineistostani ja laativat syventävät opinnäytetyönsä perheiden nonverbaalista vuorovaikutuksesta. Professori Sami Pirkolalta sain loppuvaiheessa työtä eteenpäin vieviä ja rohkaisevia ohjeita. Viime vaiheen helteessä ohjaajana on ollut professori Olli Kampman, jota ilman tämä työ ei olisi koskaan valmistunut. Lämmin kiitos teille kaikille.

Kiitos myös professoreille Annikki ja Pertti Järvinen, jotka yllyttivät minua saattamaan keskeneräisen käsikirjoituksen loppuun. Otin yllytyksen tosissani. Kiitos esitarkastajilleni, professori Jorma Pihalle ja professori Jarl Wahlströmille. Teidän ansiostanne sain kirjani nykyiseen, aiempaa kompaktimpaan muotoon. Kiitos Pirkanmaan sairaanhoitopiirille, joka on tukenut työtäni apurahoin. Kiitos kaikille perheille, jotka annoitte aikaanne olemalla tutkimuksen kohteina.

Kiitän monia ystäviäni, musiikin, kirjallisuuden ja monen muun hyvän piiristä. Teidän kanssanne olen saanut jakaa tämän tutkimuksen nousuja ja laskuja. Ilman teitä elämä olisi tylsää!

Lisää kiitoksia lähetän pilven reunalle, kiitän vanhempiani Heikkiä ja Vappua lapsuuden perheestäni, josta kumpuaa kiinnostukseni perhe-elämän ilmiöitä kohtaan. Kiitän myös veljeäni Juhaa ja sisartani Kaisaa. Mehän olemme Haapaniemen tertsetti! Opetellaan vielä muutama uusi laulu, niiden kahden osaamamme lisäksi. Kiitän myös iki-ihanaa Eeva-tätiäni, joka on koko elämäni ajan jaksanut minua kannustaa kaikenlaisissa pyrkimyksissäni.

Lopuksi kiitän kaikkien läheisimpiäni ja teitä on ihanan paljon: Aino, Tuomas ja Aarne, Ida ja Trond, Niilo ja Liisa, Kerttu ja Juha sekä Markku. Olen paitsi perhetutkija, myös ison perheen matriarkka!

Tampereella 15.1.2020

Elina Haapaniemi

TIIVISTELMÄ

Vanhemman psyykinen sairaus on suurin riskitekijä ajatellen lapsen psykososiaalista menestymistä aikuisuudessa. Tämä riski välittyy osittain perhevuorovaikutuksen kautta. Perhevuorovaikutusta on aiemmin tutkittu lähinnä perheestä aikuistuvan jälkeläisen psykoosiin sairastumisen yhteydessä. Selvästi vähemmän on tutkimusta lapsiperheistä, joissa vanhemmalla on psykoosi. Olemassa olevat tutkimukset keskittyvät lähinnä lasten kokemuksiin ja heidän selviytymiseensä myöhemmin nuoruudessa ja aikuisuudessa. Sisaruksen sairastama psykoosi saattaa jopa selkiyttää perhevuorovaikutusta ja antaa muille perheenjäsenille taitoja, joita ilman psykoosia ei olisi.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, millaista vuorovaikutus on perheessä, jossa vanhemmalla on jokin psykoosisairaus. Oletuksena oli, että tapausperheissä havaitaan enemmän kommunikaatiohäiriöitä ja ilmapiiriä ja toimintakykyä heikentäviä vuorovaikutusilmiöitä kuin perheissä, joissa vanhemmalla psykoosia ei ole.

Aineistoon kuuluu 15 vuosina 1998-2000 tutkittua tapausperhettä ja 15 vuosina 2000-2006 tutkittua verrokkiperhettä. Perheet oli kaltaistettu mm. vanhempien siviilisäädyn ja lasten iän suhteen. Kaksi tutkijaa haastatteli perheet heidän kotonaan ja haastattelut videoitiin. Perheiden vuorovaikutusta tutkittiin Oulun perhearviointiskaalalla (OPAS), Olsonin ympyrämallilla ja Global Assessment of Relational Functioning –arviointiasteikolla (GARF, DSM-IV). Lisäksi kaksi lääketieteen opiskelijaa tutki perhetallenteita sokkoutetusti ilman ääntä selvittääkseen, onko nonverbaali vuorovaikutus tapausperheissä erilaista kuin verrokkiperheissä. Lisäksi perheet arviointiin kliinisen, perheterapeuttisen näkökulman mukaan ja saatua arviota verrattiin GARF:n tuloksiin.

Kaikilla arviointiasteikoilla tapausperheet saivat huonommat pisteet kuin verrokkiperheet. Selkeitä eroja havaittiin perheen rakenteessa, rajoissa, kommunikaatiossa, tunneilmastossa, koheesiossa, joustavuudessa, ongelmanratkaisussa ja päivittäisten toimintojen sujuvuudessa. Tapausperheet voitiin erottaa verrokkiperheistä nonverbaalin vuorovaikutuksen perusteella 87% tarkkuudella. Vanhemman diagnoosi ei suoraan selittänyt perhevuorovaikutuksen eroja. Tapausperheiden jäsenten välinen vuorovaikutus on erityinen tavalla, joka voidaan tunnistaa sekä erikseen kehitetyillä arviontiasteikoilla että sanatonta vuorovaikutusta havainnoimalla. Tapausperheet ja heidän avuntarpeensa olisi hyvä tunnistaa terveydenhuollossa mahdollisten

haitallisten vuorovaikutusmallien muokkaamiseksi ja lapsille mahdollisesti kehittyvien ongelmien ehkäisemiseksi. Perheiden tunnistamisessa voidaan käyttää moniulotteisia mittareita, joilla voidaan saada yksityiskohtaista tietoa perheen kommunikaation rakenteesta. Toisaalta pelkästään nonverbaalin vuorovaikutuksen tarkastelun avulla on mahdollista päästä hyvään tarkkuuteen vanhemman psykoosiin liittyvän perhevuorovaikutuksen seulonnassa.

ABSTRACT

Parental mental illness is a major risk factor for children's future psycho-social competence. This risk is markedly mediated by family interaction. A lot of research exists on interaction in families with adult psychotic offspring. Much less attention has been paid to families with a psychotic parent and children. There is research, however, about children's experiences and their future prospects. If the psychotic family member is a sibling, the situation may even improve family interaction and provide family members skills otherwise unattainable.

The aim of this study was to explore family interaction with parental psychosis. It was hypothesized that families with parental psychosis would show more disturbed communication, styles of inadequate interaction leading to more dysfunctional emotional climate and weakened family functioning.

The research sample comprised 15 families with a psychotic parent, recruited 1998-2000, and 15 control families, recruited 2000-2006. Control families were matched with parents' marital status and the age of eldest child. All families with two exceptions were interviewed at home visits and the interviews were videotaped. Families were evaluated clinically and using Global Assessment of Relational Functioning Scale (GARF), Olson Circumplex Model and Oulu Family Rating Scale (OPAS). Clinical evaluation and GARF scores were compared with one another. Non-verbal interaction was studied blindly by two medical students.

All three assessments and clinical evaluation gave the same result: interaction in psychotic families was more disturbed than in control families. Marked differences were found in organization, boundaries, communication, emotional climate, cohesion, adaptability, problem solving and competence in every-day tasks. Psychotic families could be identified with 87 % accuracy in the sample observing non-verbal communication. Parental diagnosis did not explain the differences in interaction.

Family interaction in families with parental psychosis is characteristic in ways that are recognizable by using family interaction scales but also by merely observing non-verbal interaction in families. It is of great importance to recognize these families in healthcare so that necessary interactions can be carried out to modify distressing family interaction and to prevent possible harmful consequences to the children. Rating scales may give detailed information about family interaction but good

accuracy in screening psychotic families may be reached by observing non-verbal communication

SISÄLLYS

1	Johdanto.....	17
2	Kirjallisuuskatsaus	20
2.1	Psykoosi.....	20
2.1.1	Hoidon historiaa.....	20
2.1.2	Diagnostiikan kehitys.....	21
2.1.3	Skitsofrenia ja kaksisuuntainen mielialahäiriö	21
2.1.4	Diagnostiset kriteerit.....	22
2.1.4.1	Skitsofrenia	22
2.1.4.2	Kaksisuuntainen mielialahäiriö (bipolaarihäiriö)	23
2.1.5	Psykoosien epidemiologia.....	23
2.1.5.1	Skitsofrenia	24
2.1.5.2	Kaksisuuntainen mielialahäiriö ja muut affektipsykoosit	24
2.1.6	Psykoosien etiologia.....	24
2.1.6.1	Skitsofrenia	25
2.1.6.2	Kaksisuuntainen mielialahäiriö.....	25
2.1.6.3	Psykoosit ja traumatausta	26
2.1.7	Psykoosien yhteys sosiodemografisiin tekijöihin	26
2.1.7.1	Skitsofrenia	26
2.1.7.2	Kaksisuuntainen mielialahäiriö.....	28
2.1.8	Psykoosien riskitekijät ja psykoosin puhkeaminen.....	28
2.1.8.1	Skitsofrenia	28
2.1.8.2	Kaksisuuntainen mielialahäiriö.....	29
2.2	Perhe	29
2.2.1	Perheen käsite	29
2.2.2	Perheen kehitysvaiheet	30
2.2.3	Perheen psykososiaaliset tehtävät ja perheen toimintakyky	31
2.2.4	Psykoosisairauksiin liittyvä perhevuorovaikutus	33
2.2.4.1	Kommunikaatiotutkimus ja psykoosi.....	33
2.2.4.2	Psykoosiin liittyvät perheilmiöt	34
2.2.4.3	Tunneilmapiiri, expressed emotion (EE)	37
2.2.4.4	Kommunikaatiohäiriö, communication deviance (CD)	38
2.2.4.5	Tunteiden ilmaisun tapa, affective style (AS).....	39
2.2.5	Perheen stigma, taakka ja selviytyminen.....	39
2.2.6	Psykoosi ja parisuhde.....	40
2.2.7	Vanhemman psyykinen sairaus riskinä lapselle ja perheelle	41

2.2.8	Yhteenveto: vanhemman psykoosi ja perhe	43
3	Tutkimuksen tavoitteet.....	45
4	Aineisto ja menetelmät	46
4.1	Tapaus- ja verrokkiperheet	46
4.2	Eettiset näkökohdat	48
4.3	Menetelmät.....	48
4.3.1	Tutkimushaastattelut ja videointi.....	48
4.3.2	Arviointiasteikkojen pisteytys ja kliininen luokitus	49
4.3.3	Oulun perhearviointiskaala (OPAS).....	50
4.3.4	Olsonin ympyrämalli.....	52
4.3.5	Global Assessment of Relational Functioning (GARF)	52
4.3.6	Kliininen vaikutelma	53
4.3.7	Nonverbaalin vuorovaikutuksen tutkimus	54
4.4	Tilastolliset menetelmät.....	56
5	Tulokset.....	57
5.1	OPAS-faktoreiden väliset erot tutkimusryhmissä.....	57
5.2	Perheiden rakenne ja rajat.....	59
5.3	Perheiden kommunikaatio ja tunneilmasto	59
5.4	Perheiden koheesio ja joustavuus.....	60
5.5	Perheiden ongelmanratkaisu ja päivittäiset toiminnot	60
5.6	Tapausperheiden luokittelu kliinisen vaikutelman mukaan ja vertailu GARF-asteikon kanssa.....	64
5.7	Nonverbaali vuorovaikutus perheissä.....	64
5.8	Vanhemman psykoosidiagnoosi ja perheen kliininen vaikutelma.....	65
6	Pohdinta	66
6.1	OPAS-faktorit.....	66
6.2	Rakenne ja rajat	67
6.3	Kommunikaatio ja tunneilmasto	68
6.4	Koheesio ja joustavuus.....	70
6.5	Ongelmanratkaisu ja päivittäiset toiminnot.....	70
6.6	Kliininen arviointi	71
6.6.1	GARF:n ja kliinisen vaikutelman välinen vertailu.....	71
6.6.2	Nonverbaali kommunikaatio	71
6.6.3	Vanhemman psykoosidiagnoosi	72
6.7	Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet	72
6.8	Eettinen pohdinta	73
6.9	Yhteenveto	74

7	Suositukset.....	75
8	Kirjallisuus.....	76
9	Liitteet	92
9.1	Liite 1. OPAS-arviointiasteikon faktorit	92
9.2	Liite 2. Olsonin ympyrämalli.....	96
9.3	Liite 3. GARF-arviointiasteikko	97
9.4	Liite 4. Kliininen vaikutelma	98
9.5	Liite 5. Tiedote- ja suostumuslomake.....	101
9.6	Liite 6. perhekuvaukset	103

LYHENTEET JA MÄÄRITELMÄT

AS	affective style, tunteiden ilmaisun tapa
CD	communication deviance, kommunikaatiohäiriö: vaikeus kiinnittää huomio sanallisessa ilmaisussa valittuun kohteeseen ja pitää huomio kohteessa
Circumplex model	Olsonin ympyrämalli, perhearviointiasteikko
Delegaatio	delegoija edellyttää, että perheenjäsen suorittaa delegoijan määräämiä (tiedostamattomia) tehtäviä
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, yhdysvaltalainen mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden diagnosijärjestelmä
Differentiaatio	eriytyminen perheestä omaksi itseksi
EE	expressed emotion, tunneilmapiiri
Emotional climate	tässä tutkimuksessa tunneilmasto, erotukseksi EE- eli tunneilmapiirikäsitteestä
Enmeshment	emotionaalinen kietoutuminen toiseen tai toisiin
GARF	global assessment of relational functioning, DSM-IV:n perhearviointiasteikko
Individuaatio	yksilöityminen
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, WHO:n kehittämä kansainvälinen tautiluokitusjärjestelmä
OPAS	Oulun perhearviointiskaala
Perheen identiteetti	OPAS-asteikon kohta 26, eri lähteissä käytetään myös termejä perheen arvot ja traditiot tai unclear family roles
Resilienssi	sinnikkyys, pärjäävyys, lannistumattomuus
SCAN	WHO:n julkaisema diagnostinen haastattelu
Separaatio	eriytyminen
Triangulaatio	kaksi perheenjäsentä sitoo kolmannen keskelle

1 JOHDANTO

Psykoosia ja perhettä koskeva tutkimus on alkujaan keskittynyt perheisiin, joissa on psykoosiin sairastuva nuori aikuinen (Alanen 1958, Bowen 1960). Jotain tiedetään myös vanhemman psykoosin ja perheen välisistä vaikutuksista (Larmo 1982, Tebes ym. 2001, Somers 2007, Reupert ja Maybery 2007, 2008, Foster ym. 2012, Carvalho ym. 2014). Tiedetään, että vanhemman psyykinen sairaus on merkittävä riskitekijä lasten psykososiaalista selviytymistä ajatellen (Berg-Nielsen ym. 2002, Gladstone ym. 2006, Terzian ym. 2007, Manjula ja Raguram 2009, Dean ym. 2010, Donatelli ym. 2010, Gottesman ym. 2010, Morgan ym. 2012). Äidin psyykinen terveys ja vanhemmuus liittyvät erottamattomasti toisiinsa (Oyserman ym. 2000). Lasten selviytymistä ja selviytymismekanismeja psykoottisen vanhemman perheissä on tutkittu laajemmin kuin perhettä kokonaisuutena (Wichstrom ym. 1994, Cowling ym. 2004, Stallard ym. 2004, Östman ja Eidevall 2005, Östman 2008, Reedtz ym. 2018). Wichstrom ym. (1994) kiinnitti huomiota perheen diskvalifioivaan kommunikaatiotyyliin, kun toisella vanhemmista on mielenterveyshäiriö, ja lasten sosiaalisen kyvykkyyden häiriöihin kolmen vuoden seurannassa. Huomiota on kiinnitetty lasten näkymättömyyteen aikuispsykiatriassa (Fraiberg 1978, Gray ym. 2008). Lasten riski välittyy monimutkaisesti mm. vanhemmuuden ja perhevuorovaikutuksen kautta (Lombardi ym. 1996, Wan ym. 2007). Sekä geneettiset tekijät että perhe- ja muut ympäristötekijät vaikuttavat lasten sairastumisriskiin (Leverton 2003).

Avioliittolain (1929/234) 11 §:n pykälän mukaan avioliittoon alkoon menkö se, joka on mielisairas tai tylsämielinen. Mielisairaslain osittaisuudistus 1977/521 purki tämän kiellon, jonka jälkeen perheellistyminen oli psykoosia sairastaville aiempaa helpompaa ja sallitumpaa.

Perinteisesti psykooseja hoidettiin pääosin sairaaloissa, Suomessa vielä 1980-luvulle saakka. Vuoden 1952 mielisairaslain (187/1952) myötä perustettiin B-sairaala-verkosto, kun samaan aikaan muualla maailmassa oli toisen maailmasodan myötä havahduttu siihen, että mielenterveyden häiriöitä voi menestyksekkäästi hoitaa myös sairaalan ulkopuolella. Toinen merkittävä edistysaskel psykoosien hoidossa oli lääkehoidon kehitys, aluksi antipsykoottien ja sitten ensimmäisten antidepressiivien käyttöönotto 1950-luvulla (Shorter 2005).

Suomessa havahduttiin vasta 1970-luvun lopulla kehittämään avohoitoa ja alettiin voimakkaasti vähentää psykiatrisia sairaansijoja. Lääkintöhallituksen asettaman mielenterveyskomitean mietintö vuodelta 1984 (Taipale 2000) pohti avohoidon ja sairaalahoidon suhdetta. Mielisairaaloissamme oli vielä silloin yli 4 sairaansijaa 1000 asukasta kohden (aikuisväestössä) eli noin 20000 paikkaa. Psykoosipotilaat viettivät suuren osan elämästään laitosmaisessa mielisairaalassa menettäen mahdollisuuksiaan parisuhteen solmimiseen ja perheen perustamiseen (Strömvall ym. 1998). Vuonna 2000 psykiatrisia sairaansijoja oli noin 6000 eli noin 14000 sairaansijaa oli hävinnyt (Nenonen ym. 2001). Suomen 1990-luvun laman vuoksi jouduttiin luopumaan suunnitellusta psykiatrisen avohoidon henkilöstövoimavarojen lisäämisestä (Taipale 2000, Pukuri ja Leinonen 2003) ja hoidon saamisen mahdollisuus heikkeni.

Skitsofrenian perhetutkimuksen juuret ovat 1940- ja 1950-luvuilla. Frieda Fromm-Reichmann loi käsitteen skitsofrenogeeninen äiti (1948) ja sen ytimessä on lapsen kannalta haitallisen symbioottinen suhde. Alkuun muutkin tutkimukset käsitelivät vain äidin ja lapsen välistä suhdetta (Alanen 1958, Bowen 1960). Myöhemmin tutkimus eteni isien ja koko perheen vuorovaikutusilmaston käsittelemiseen. Ihmisen kehitys tapahtuu suhteessa toiseen alusta saakka. Bowen (1960) kiinnitti huomiota interaktiomalleihin, jotka siirtyvät sukupolvesta toiseen, ydinperheestä sekundaari-perheeseen. Tienari työryhmineen on tutkinut skitsofreniaryhmän häiriöön sairastuneiden äitien adoptioon antamien lasten sairastumisriskiä. Tulosten mukaan lasten sairastumisriskiin vaikuttavat perheympäristön terveys ja toimivuus. Terveeksi arvioitu perheympäristö suojaa geneettisesti alttiita lapsia sairastumiselta (Tienari ym. 2004, Sierla ym. 2006, Siira ym. 2007, Myllyaho ym. 2019).

Skitsofrenian perhetutkimuksessa on yritetty löytää ymmärrystä sille, millaisia yhteisiä piirteitä on perheissä, joissa yhdellä perheenjäsenellä skitsofrenia. Aihe on kliinisesti merkittävä, jotta hoitointerventiot voitaisiin kohdentaa ongelmakohtiin. Osa skitsofreniaan sairastuneiden vanhempien lapsista sairastuu psyykkisesti, osa kehittyi jopa poikkeuksellisen hyvin (Kauffman ym. 1979, Somers 2007).

Psykoosien hoito on muuttunut enenevästi avohoitokeskeiseksi. Lainsäädännön muutosten myötä psykoosipotilaiden on aiempaa helpompaa perustaa perhe (Mowbray ym. 2005). Depressiota sairastavien vanhempien perheille on olemassa hoitointerventiomalli, jossa keskustellaan perheen kokemista vaikeista asioista kuten vanhemman sairaudesta, tunteista, arkipäivän sujumisesta ja verkostosta (Beardslee ym. 1998, Beardslee ym. 2003, Pihkala ym. 2012). Sellaista ole kehitetty perheille, joissa vanhemmalla on psykoosisairaus. Tarvitaan lisää tietoa siitä miten vanhemman psykoosisairaus vaikuttaa perheeseen. Hoitomallin puuttumiseen vaikuttanee edellä mainittu psykoosia sairastavien ihmisten aiempi avioeste. Toki terveet ihmiset saivat

mennä naimisiin eikä laki voinut puuttua tilanteeseen, jos joku sairastui psykoosiin avioliiton solmimisen jälkeen. Lapsia on aina syntynyt avioliiton ulkopuolellakin.

Tämän tutkimuksen päänäkökulma on lapsiperheet, joissa vanhemmalla on psykoosisairaus: miten vanhemman funktionaalinen psykoosi vaikuttaa perheen tunnelmatoon ja toimintaan, kun perheessä on alaikäisiä lapsia.

2 KIRJALLISUUSKATSAUS

2.1 Psykoosi

2.1.1 Hoidon historiaa

Psykoosin kaltaisia tiloja on kuvattu jo monissa varhaisissa kirjoituksissa, mm. Raamatussa. Babylonian kuningas Nebukadnessar joutui Danielin kirjan mukaan eläimen kaltaiseen tilaan 7 vuodeksi (Daniel 4:30-33.) Oletettiin, että kysymyksessä ei ollut niinkään sairaus kuin ihmisen eettisiin tai moraalisiin valintoihin liittyvä rangaistus tai luonnonilmiö. Koko tunnetun historian ajan mielisairaita on laiminlyöty, kohdeltu kaltoin, hylätty, jopa kidutettu, varsinkin läntisissä kulttuureissa (Hinshaw 2005).

Keskiajalla mielisairaita pidettiin vangittuina ilman ihmisoikeuksia, irtolaisten ja rikollisten kanssa saastaisissa vankilamaisissa olosuhteissa. Vasta 1700-luvun lopulta lähtien alettiin esittää vaatimuksia siitä, että mielisairaiden hoidon pitäisi olla inhimillistä. Ranskalainen Philippe Pinel alkoi vapauttaa potilaita pariisilaisista Bicetren ja La Salpêtrieren sairaaloista 1790-luvulla ja varsinaisia mielisairaaloita alettiin perustaa 1700-1800 -lukujen taitteessa (Kaila 1966, Shorter 2005).

Maailmansotien myötä hoitoon tuli paljon psyykkisistä häiriöistä kärsiviä sotilaita, jotka olivat kokeneet taistelujen kauhuja. Kun psykiatriset sairaansijat eivät riittäneet, havaittiin, että mielenterveyden häiriöistä kärsiviä potilaita voidaan hoitaa muutoinkin. Alkoi avohoidon kehittäminen. Lisäksi kehitettiin ensimmäiset mielisairauksiin tehoavat lääkkeet. Litium otettiin käyttöön vuonna 1949 (Cade 1949) maanisdepressiivisen sairauden hoitoon, ja se on edelleen yksi kaksisuuntaisen mielialahäiriön tehokkaimmista lääkewaihtoehdoista. Vuonna 1952 otettiin käyttöön ensimmäinen antipsykootti klooripromatsiini (Delay 1956).

Lääkehoidon kehittyminen merkitsi lähes vallankumousta psykoottisten häiriöiden hoidossa. Psykiatriset sairaansijat olivat lisääntyneet kaikissa maissa vuosina 1850-1950 kymmenkertaisiksi, Suomessa jopa 100-kertaisiksi. Vuonna 1965 psykiatrisia sairaansijoja oli Suomessa 20913, kun 1890-luvulla lääninsairaaloiden vastaanotto-osastoissa oli ollut 283 potilasta (Kaila 1966).

Useissa maissa psykiatrinen sairaussijojen määrää alettiin vähentää 1950-luvun puolivälistä lähtien (Thornicroft ja Bebbington 1989, Novella 2010). Suomessa psykiatrisen hoitojärjestelmän kehittyminen tapahtui kuitenkin toisin. Mielisairaslain (187/1952) myötä perustettiin B-sairaalaverkosto kroonisia psykooseja sairastaville potilaille. Suomessa psykiatrinen sairaussijojen lukumäärä kasvoi aina 1980-luvun alkuun asti (Salokangas ja Saarinen 1998), kunnes 1990-luvulla alkoi sairaussijojen selvä väheneminen (Nenonen ym. 2001).

2.1.2 Diagnostiikan kehitys

Psykiatrian tieteellinen tutkimus alkoi vasta 1800-luvulla. Griesinger-niminen tutkija (1845) ehdotti yhden psykoosikäsitteen, "Einheitspsychose", käyttöönottoa, mikä ajattelu on säilynyt jossain muodossa nykypäivään saakka (Demily ym. 2009, van Os 2015). Psykoosikäsitteen merkittävä muodostaja Emil Kraepelin (1919) jakoi "tunte-mattomiin syihin perustuvat mielisairaudet" kahteen ryhmään ja julkaisi vuonna 1896 käsitteet dementia praecox, nuoruuden tylsistyminen, ja maanis-depressiivinen mielisairaus, nykyisin skitsofrenia ja kaksisuuntainen mielialahäiriö.

Ennen vuotta 1980, jolloin Amerikan psykiatriyhdistys julkaisi DSM-tautiluokituksen version III (American Psychiatric Association 1980), käytössä ei ollut yleisesti hyväksyttyjä skitsofrenian diagnostisia kriteerejä. Vasta DSM-III-R (American Psychiatric Association 1987), johon pohjautuva suomalainen tautiluokitus otettiin käyttöön 1987 ja sittemmin, Suomessa vuodesta 1996 alkaen käytössä ollut ICD-10, toivat kriteerit jokapäiväiseen kliniseen käyttöön. Ne pohjautuvat häiriöiden ilmi-asuun sekä oireiden laatuun ja tiheyteen (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2012).

2.1.3 Skitsofrenia ja kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kraepelin arveli, että skitsofrenia edustaisi psykoosisairauden kroonista muotoa ja maanisdepressiivinen sairaus episodista. Monet oireet ovat yhteneväisiä, mutta vaikeustasossa on eroja. Moleyylogeneettinen ja epidemiologinen sekä perhe- ja kaksos tutkimus tukevat ajatusta, ettei kyse olisi välttämättä eri sairauksista, vaan sairausspektristä skitsofrenia - skitsoaffectiivinen häiriö – kaksisuuntainen mielialahäiriö (Demily ym. 2009, Lichtenstein ym. 2009, van Os ja Kapur 2009, Dean ym. 2010, Gaebel ja Zielasek 2011, Mancuso ym. 2015). Esimerkiksi kaikkiin kolmeen liittyy psykoosin riski, neurokognitiivinen heikentyminen ja itsetuhoisuus (Huang ym. 2010).

Psykoottiset sairaudet kuuluvat vaikeisiin mielenterveyshäiriöihin. Todellisuuden-taju on niissä häiriintynyt ja sairastuneen on vaikea arvioida, mikä on totta ja mikä ei. Psykoosiin voi liittyä ajatus- ja aistiharhoja. Toisaalta psykoosi voi tarkoittaa myös sellaista sairauden vaihetta, johon liittyy edellä kuvattuja oireita. Näitä vaiheita esiin-tyy vaikeissa kroonisissa mielenterveyden häiriössä kuten skitsofreniassa tai kaksi-suuntaisessa mielialahäiriössä, mutta ohimenevästi myös muissa sairaustiloissa. Tässä tutkimuksessa käytetään sanaa psykoosi tai psykoosisairaus tarkoittamaan pitkäai-kaista mielenterveyshäiriötä, jossa voi olla avoimen psykoottisia vaiheita ja toiminta-kyvyn muutoksia.

2.1.4 Diagnostiset kriteerit

2.1.4.1 Skitsofrenia

Skitsofreeniset psykoosit kuuluvat ICD-10 –tautiluokituksessa luokkaan F20-29. Niitä ovat skitsofrenia F20, skitsoaffektiivinen psykoosi F25, joka samalla kuuluu affektipsykoosien luokkaan sekä skitsofreniaoireinen psykoosi F23.1, skitsofreenis-tyyppinen psykoottinen häiriö F23.2 sekä persoonallisuushäiriötä muistuttava skitso-tyyppinen häiriö F21.

Skitsofrenian voidaan katsoa olevan enemmän heterogeeninen sairausryhmä kuin yksi selväpiirteinen sairaus. Sen ilmiäsu ulottuu poikkeuksellisesta, pysyvästä persoo-nallisuuden piirteistöstä lyhytkestoisin stressin indusoimiin reaktioihin, joiden oireet muistuttavat skitsofrenian positiivisia oireita.

Skitsofrenian psykopatologian mukaan se voidaan myös hahmotella viiteen pää-kategoriaan: 1) psykoosi, jossa on deluusioita ja hallusinaatioita eli ns. positiivisia oi-reita, 2) motivaation ja tahdon muutoksia, vetäytymistä sosiaalisista suhteista eli ns. negatiivisia oireita, 3) neurokognitiivisia oireita, siis muistin, huomiokyvyn ja toimin-nanohjauksen vaikeuksia, 4) masennukseen ja 5) maniaan altistavia affektien säätelyn vaikeuksia. Negatiiviset oireet liittyvät neurokognitiivisiin ongelmiin (van Os ja Ka-pur 2009).

Skitsoaffektiivisessä psykoosissa (F25) on mukana yhtä tärkeinä elementteinä skitsofreniadiagnoosin oikeuttava oireisto, mutta myös sellaista mielialan vaihtelua, joka on ominaista kaksisuuntaiselle mielialahäiriölle. Harhaluulojen ja harha-aisti-musten ei edellytetä olevan mielialan mukaisia, toisin kuin kaksisuuntaisessa mieliala-häiriössä.

Skitsotyypisessä häiriössä tilanne ei ole kehittynyt psykoottisen sairauden asteelle, vaan kyseessä on enemmän persoonallisuuden piirteistö, josta saattaa ajan myötä kehittyä skitsofrenia. Harhaluuloisuushäiriö on skitsofrenialle sukua oleva häiriö, joka eroaa skitsofreniasta siinä, että toimintakyky on säilynyt parempana, epärealistinen ajattelu koskee vain kapeaa elämänaluetta ja harhat ovat luonteeltaan realistisempia kuin skitsofreniassa, mahdollisuuksien rajoissa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012).

2.1.4.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö (bipolaarihäiriö)

Leonhard julkaisi 1957 affektipsykoosien luokittelujärjestelmän *The Classification of the Endogenous Psychoses*, missä hän ehdotti käsitteitä unipolaaritauti ja bipolaaritauti (Bentall 2003). Nykykäsityksen mukaan on olemassa bipolaarinen häiriötyyppi I, jossa varsinainen mania ja masennus vaihtelevat ja häiriötyyppi II, jossa mielialan kohoaminen ei saavuta manian asteista tilaa, vaan mieliala jää lievemmin kohonneeksi eli hypomaaniseksi. Sekä mania että masennus saattavat olla psykoosin asteisia. Masennuksessa epärealistinen ajattelu on yleensä mielialan mukaista, syyllisyyden ja kuoleman ajattelun sävyttämää, ja samansuuntaisia ovat myös mahdolliset aistiharhat.

Tautiluokituksen ICD-10 käsitteet mania ja psykoottinen mania sisältävät oletuksen, että mania voisi olla myös ei-psykoottinen. Maniaan liittyy usein harhaluuloja omasta suuruudesta ja etevämyydestä, mutta usein myös paranoidista ajattelua. Yleensä maanista kiihtymystilaa pidetään niin vakavana häiriönä, että se arvioidaan itsessään psykoottiseksi riippumatta ajatuksensisällöistä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ym. 2012).

2.1.5 Psykoosien epidemiologia

Kaikkien, myös akuuttien psykoosien esiintyvyys on 3.1-3.5 % eli kyseessä on varsin yleinen sairausryhmä (Perälä ym. 2007, van Os 2015). Skitsofrenian ilmaantuvuus näyttää pienentyneen verrattuna vanhempiin tutkimuksiin, mutta bipolaarihäiriön ilmaantuvuus näyttää suurentuneen. Tämä liittyy mahdollisesti skitsofrenian tiukentuneisiin, mutta bipolaarihäiriön laajentuneisiin kriteereihin. Perälän ym. (2007) mukaan ei-mielialahäiriöisiä psykooseja oli 1.94 % ja tyypin 1 kaksisuuntaista mielialahäiriötä ja vakavaa masennusta psykoottinen masennus mukaan lukien 0.59 %.

2.1.5.1 Skitsofrenia

Vuonna 1980 Amerikan Psykiatriyhdistys julkaisi kriteeristönsä Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders kolmannen version (DSM-III). DSM on yhdessä ICD-10:n kanssa nykytutkimuksessa käytetty diagnostinen kriteeristö. Lukuja tarkasteltaessa tulee ottaa huomioon, onko kyseessä ahtaasti määritelty skitsofrenia vai koko skitsofreniaspektri.

Skitsofrenian elinikäinen riski on 1 % (Perälä ym. 2007, McGrath ym. 2008). Skitsofrenian ilmaantuvuus 100 000 asukasta kohden on 10-40 (Cannon ja Jones 1996, van Os ja Kapur 2009). Kun skitsofrenian ilmaantuvuus näyttäisi olevan vähenevässä, niin saamaan aikaan päihdepsykoosien ilmaantuvuus näyttää kasvaneen. Ensipsykoosien oireisto on muuttunut, kun samaan aikaan psykoosien kokonaisilmaantuvuus ei ole muuttunut (Kirkbride ym. 2008). Maahanmuuttajien ilmaantuvuus on suurempi kuin kantaväestön, esimerkiksi Englannissa karibialaissyntyisillä on 4-6 – kertainenkin ilmaantuvuus kantaväestöön verrattuna, mikä viittaa esimerkiksi diateesi-stressi -teoriaan (Coid ym. 2008, Kirkbride ym. 2008). Miesten ja naisten ilmaantuvuuden suhde on 1.4:1 (McGrath ym. 2008).

Skitsofrenian esiintyvyys on 0.3-1.3%. Jos mukaan lasketaan muut funktionaaliset non-affektiiviset psykoosit, luku nousee ad 1.5-2.8% (Lehtinen ym. 1991 ja 1993, Perälä ym. 2007, Bogren ym. 2009).

2.1.5.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö ja muut affektipsykoosit

Väestöstä voidaan arvioida kuuluvan 2.4-5% laajasti ymmärrettynä geneettiseen mielialahäiriöspektriin, jossa oireisto on depressiivisvoittoista (Merikangas ym. 2011).

Affektipsykooseja oli Lehtisen ym. (1991) mukaan 0.4% ja samansuuntaisia ovat Perälän ym. (2007) saamat luvut: mielialahäiriö tyyppi I:n esiintyvyys oli 0.2% ja psykoottisen masennuksen 0.2%. Lundby-tutkimuksen mukaan affektiivisia psykooseja oli hieman enemmän, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja psykoottinen masennus olivat yhteenlaskettuina 0.6% (Bogren ym 2009). Merikankaan ym. (2011) mukaan mielialahäiriö tyyppi I:n elämänaikainen esiintyvyys oli 0.4%.

2.1.6 Psykoosien etiologia

Millään psykoosisairaudella ei ole yhtä yksiselitteistä etiologiaa. Psykoosin puhkeamiseen vaikuttavat yleensä sekä perinnölliset tekijät että ympäristötekijät. Skitsofrenian

perinnöllisyys on eri tutkimusten mukaan 64 %-80 % ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön 59-93 % (Mantere ym. 2006, Lichtenstein ym. 2009, van Os ja Kapur 2009).

2.1.6.1 Skitsofrenia

Diateesi-stressiteoria ja siitä johdettu haavoittuvuusteoria selittävät skitsofrenian etiologiaa siten, että taustalla on yleensä usean geenin kautta välittyvä perinnöllinen ominaisuus, alttius, joka epäsuotuisissa ympäristöolosuhteissa, esimerkiksi vääristyneen perhevuorovaikutuksen vallitessa tai trauman seurauksena puhkeaa sairaudeksi. Todennäköisesti geenien herkistymisellä ja epigeneettisillä mekanismeilla on tässä osuutensa (van Os ym. 2008, van Os ja Kapur 2009, Suvisaari 2010, Gaebel ja Ziehlsek 2011).

Skitsofreniaan liittyy useita pre- ja perinataalikauden kehityksellisiä häiriöitä kuten infektioita ja synnytyskomplikaatioita. Lisäksi skitsofreniaan myöhemmin sairastuvilla lapsilla on todettu kehityksellisiä ja neurokognitiivisia häiriöitä kuten motorikan ja puheen kehityksen viivästymää sekä merkkejä kroonisesta tulehduksesta (Suvisaari 2010, Clarke ym. 2011). Sekä skitsofreniaan sairastuneilla että heidän sukulaisillaan on muuta väestöä yleisemmin neurologisia löydöksiä. Nämä ilmiöt ovat siis olleet olemassa jo ennen sairastumista (Hietala ym. 1995, Gilmore ym. 2010).

Tienari työryhmineen on adoptiolapsitutkimuksessa selvittänyt perimän ja ympäristön osuuksia skitsofreniaspektrin sairauksien synnyssä. Tutkimuksen kohteena olivat skitsofreniaa sairastavien äitien lapset, jotka oli annettu adoptoitaviksi. Alttaus skitsofreniaan periytyy, mutta suotuisa perheympäristö ehkäisee taudin puhkeamista. Vastaavasti haitallinen perheympäristö voi olla synnyttämässä skitsofreniaspektrin sairauksia, vaikka biologisella vanhemmalla ei skitsofreniaa olisikaan. Herkkyys haitalliselle perhevuorovaikutukselle on suurempi geneettisesti herkillä lapsilla kuin terveillä kontrolleilla (Tienari ym. 2004, Siira ym. 2007, Myllyaho ym. 2019).

2.1.6.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista puolella on lähisuvussaan samaa häiriötä, ja usein se siirtyy sukupolvesta toiseen (Miller 2006). Häiriölle alttiiden ihmisten haavoittuvuus vaikuttaa taudin puhkeamiseen ja myös oireiden aktivoitumiseen (Miklowitz ja Cicchetti 2006). Erilaiset elämäntapahtumat, selviytymisstrategiat ja perheympäristö, esimerkiksi kietoutunut, kriittinen ilmapiiri eli korkea EE (expressed emotion) vaikuttavat oireiden esiintymiseen (Leahy 2007).

2.1.6.3 Psykoosit ja traumatausta

Psykoosipotilaiden traumataustaan on alettu kiinnittää enenevästi huomiota (Cassidy ja Mohr 2001, Chang ym. 2010, Baudin ym. 2017). Read ym. on katsauksessaan (2014) käsitellyt trauman aiheuttamia, psykoosille tyypillisiä kehityksellisiä neurologisia muutoksia. Schäfer ja Fisherin katsauksen mukaan (2011) 40-50%:lla psykoosipotilaista on taustallaan joko väkivaltaa tai seksuaalista hyväksikäyttöä. Skitsofreniaa sairastavilla naisilla on taustallaan 14-100%:lla seksuaalista hyväksikäyttöä, miehillä 8-47%:lla. Fyysistä väkivaltaa on kokenut lapsuudessaan 14-100% skitsofreniaa sairastavista naisista ja 20-75% miehistä. Emotionaalista kaltoinkohtelua tai hyväksikäyttöä ilman väkivaltaa tai seksuaalista hyväksikäyttöä on kokenut noin kolmannes skitsofreniapotilaista. Seksuaalinen hyväksikäyttö lisää kaikkien psyykkisten häiriöiden esiintyvyyttä (Chen ym. 2010). Penetraatiotasoinen hyväksikäyttö lisää riskiä sairastua psykoositasoisesti (Cutajar ym. 2010).

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla on saman katsauksen (Schäfer ja Fisher 2011) mukaan seksuaalisen hyväksikäytön tausta 12-21%:lla ja väkivaltatausta 14-24%:lla sukupuolesta riippumatta. Eri tutkimuksissa saadut luvut vaihtelevat. Toisessa katsauksessa (Daruy-Filho ym. 2011) todetaan, että traumataustaa olisi 51%:lla bipolaarihäiriöpotilaista ja että traumatausta ennustaisi vaikeampaa taudinkulkua.

Seksuaalinen hyväksikäyttö on naisilla sidoksissa psykoosiin voimakkaammin kuin miehillä. Väkivaltakokemus herkistää stressille mm. vaikuttamalla kortisolin tuotantoon. Äidin väkivallalla on enemmän vaikutusta psykoosiin kuin isän. Traumataustaiset psykoosipotilaat ovat suisidaalisempia kuin muut ja heidän sitoutumisensa hoitoon on heikompi ja ennusteensa huonompi kuin muilla psykoosipotilailla (Schäfer ja Fisher 2011). Lapsen altistuminen väkivallalle tai seksuaaliselle hyväksikäytölle lisää psykoosiin sairastumisen riskiä, joka ei riipu geneettisestä alttiudesta (Heins ym. 2011).

2.1.7 Psykoosien yhteys sosiodemografisiin tekijöihin

2.1.7.1 Skitsofrenia

Skitsofrenian keskeisiin oireisiin kuuluu vetäytyminen sosiaalisista suhteista, tunteiden ja ilmaisun köyhtyminen. Näin skitsofreniaa sairastavissa on paljon yksin eläviä, jotka eivät ole koskaan yltäneet parisuhteeseen ja sitä kautta myöskään vanhemmuuteen. Monissa kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu naimattomuuden ja

skitsofrenian välinen yhteys, etenkin miehillä (Ödegård 1946, Del Giudice 2010). Kuitenkin skitsofreniaa sairastavista on Greerin ym. (1997) mukaan 31% naimisissa, 23-59% naisista ja 10-54% miehistä. Eronneita on heidän mukaansa 15%, 11-31% naisista ja 2-14% miehistä. Naimattomia 30-85% (Thara ja Srinivasan 1997, Thornicroft ym. 2004).

Avioliitolla sinänsä on suojaava vaikutus (Jönsson ja Jonsson 1992, Jablensky ja Cole 1997). Perheen kanssa eläminen liittyy parempaan elämänlaatuun (Greenberg ym. 2006). Sosiaalisen eristytymisen ja positiivisten oireiden välillä on yhteys (Harvey 1996). Skitsofrenian suhteen parisuhteeseen päätyminen kuvaa skitsofrenia-sairastamisspektrin terveempää päätä, jota edelleen parantaa em. jatkuva sosiaalisessa verkostossa eläminen. Työttömyys, sosio-ekonomisen tason lasku, tunteiden latistuminen ja itsestä huolehtimisen puutteellisuus liittyvät avioliiton päättymiseen huonosti (poor marital outcome) (Thara ja Srinivasan 1997).

Skitsofreniaan liittyy hedelmällisyyden aleneminen (Terzian ym. 2006, Power ym. 2013), ja vaikutus on nähtävissä seuraavassakin sukupolvessa (Hutchinson 1999, MacCabe ym. 2009). Hedelmällisyys ei ole kuitenkaan 0, vaan osalla skitsofreniaa sairastavista on lapsia. Osa lapsista asuu skitsofreniaa sairastavan vanhemman kanssa ja on hänen huollossaan.

Vaille lopullista selitystä on jäänyt, miksi maahanmuuttajilla psykoosin, erityisesti nonaffektiivisen psykoosin insidenssi on suurempi kuin kantaväestöllä. Pakolaisuuteen liittyvä traumatausta lisää non-affektiivisen psykoosin riskiä ei-traumatisoituneisiin samalta alueelta kotoisin oleviin maahanmuuttajiin nähden (Berg ym. 2015, Hollander ym. 2016).

Monissa tutkimuksissa skitsofrenian ja alhaisen sosiaaliluokan välillä on todettu yhteys (Callagher ym. 2002). Yhteys voi olla kausaalinen eli kuuluminen alhaiseen sosiaaliluokkaan suurentaisi skitsofrenian riskiä tai sairaus aiheuttaa ajautumisen alempaan sosiaaliluokkaan (Hollingshead ja Redlich 1958, Parrott ja Lewine 2005, Gallagher ym. 2006). Skitsofreniaan sairastuvan henkilön lapsuudenperheen sosio-ekonomista statusta (SES) tarkasteltaessa voidaan päätellä, miten skitsofrenia laskee siihen sairastuneen sosiaalista statusta (downward drift) (Werner ym. 2007). Sosiaalinen suoriutuminen alkaa heikentyä paljon, jopa 19 vuotta ennen skitsofrenian puhkeamista, (Jones ym. 1993, Morgan ym. 2008).

Huonoon ennusteeseen liittyvä pitkäkestoisuus ja negatiivisiin oireisiin painottuminen ovat yleisempiä miehillä kuin naisilla. Miehillä ja naisilla on yhtä paljon sellaista muotoa, joka on hyväennusteinen, lyhytkestoinen ja oireistoltaan affektivoittainen. Näistä havainnoista voi päätellä, että skitsofrenian ja koko skitsofreniaspektrin oireisto on vaikeampaa miehillä kuin naisilla (van Os ja Kapur 2009). Tätä tukee myös

tieto siitä, että skitsofrenia puhkeaa miehillä keskimäärin aikaisemmin kuin naisilla (Castle ym. 1998, Thorup ym. 2007, Tandon ym. 2008, Remington ym. 2015). Avio-
liiton solmiminen viivästyttää skitsofrenian puhkeamista molemmilla sukupuolilla,
enemmän miehillä kuin naisilla (Jablensky ja Cole 1997, van Os J ym. 2009).

2.1.7.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

On ajateltu, että affektipsykooseihin sairastuneet henkilöt muistuttavat paljon enem-
män tavallista väestöä kuin skitsofreniaan sairastuneet. Australialaisen väestötutki-
muksen mukaan he ovat parisuhteessa yleisemmin kuin skitsofreniaa sairastavat,
27.7% versus 10.4% (Morgan ym. 2005). Saman tutkimuksen mukaan kuitenkin
puolella bipolaarihäiriöisistä miehistä ei ollut koskaan ollut parisuhdetta, mutta nai-
silla naimattomien määrä oli vain noin neljännes. Miehistä 64.4% ja naisista 41.5 %
oli lapsettomia. Puolet miehistä ja neljännes naisista asui yksin eli naiset asuivat
omassa kodissaan todennäköisemmin kuin miehet.

Vakava masennustila heikentää toimintakykyä (Angst ym. 2011), mutta bipolaari-
häiriöisten henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen on kaikkien arviointiasteikoi-
den mukaan vähäisempää kuin skitsofreniaa sairastavilla. Sekä miesten että naisten
kokemus kuitenkin on, että toimintakyky on heikentynyt (Morgan ym. 2005, Bowie
ym. 2010, Wolf ym. 2010).

2.1.8 Psykoosien riskitekijät ja psykoosin puhkeaminen

2.1.8.1 Skitsofrenia

Skitsofreniaan tiedetään liittyvän paljon riskitekijöitä, perimä, sikiökauden hypoksia,
äidin infektio erityisesti toisella raskauskolmanneksella, äidin stressi, äidin raskauden-
aikainen masennus liittyneenä jommankumman vanhemman psykoosisairauteen ja
aliravitseminen. Skitsofreniadiagnoosin myöhemmin elämässä saavilla on lapsuudes-
saan muita useammin psyyken ongelmia ja käytöshäiriöitä, älyllisiä ja kielellisiä muu-
toksia sekä motorisia häiriöitä.

Psykoosi saattaa alkaa äkillisesti ja selväpiirteisesti, mutta varsin usein se alkaa hii-
pien. Skitsofrenia saattaa alkaa epämääräisin psyykkisin oirein, esimerkiksi masen-
nuksella. Tarkkaa alkamisajankohtaa on usein mahdotonta määrittellä, koska en-
nakko- eli prodromaalioireita saattaa olla vuosiakin ennen taudin selvää puhkeamista

(Oliveira ym. 2010). Tavallisimmat prodromaalioireet ovat sosiaalinen eristäytyminen, toimintakyvyn lasku eri elämäalueilla, selvästi kummallinen käytös, henkilökohtaisen hygienian tason lasku, affektien latistuminen tai muuttuminen oudoiksi, hajanainen tai vertauskuvallinen puhetyyli, oudot ajatuskuviot, epätavalliset aistikkemukset sekä aloitekyvyn, kiinnostuksen tai energian puute (McGorry ym. 1995, Norman ym. 2001, McFarlane 2011, American Psychiatric Association 2013).

Expressed Emotion –käsite kuvaa poikkeavaa perheilmapiiriä ja se ennustaa uudelleen sairaalaan joutumisen todennäköisyyttä luotettavasti skitsofreniassa, mutta myös muissa mielenterveyden häiriöissä (Vaughn ja Leff 1976A). On ajateltu, että korkea EE saattaisi olla merkittävä etiologinen tekijä, joka selittäisi sairastumista. Nytemmin ajatellaan, että korkea EE on enemmänkin perheen reaktiota sairaan perheenjäsenen vaikeasti kohdattavaan sairauskäyttäytymiseen (Meneghelli ym. 2011).

2.1.8.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön oireina saattaa esiintyä pitkään erilaista masentuneisuutta tai lievää ylivireisyyttä ennen kuin ensimmäinen maniajakso puhkeaa. Diagnoosin varmistuminen saattaa kestää usean vuodenkin oireiden alkamisesta, jolloin esimerkiksi osa vakavaksi masennukseksi diagnosoiduista tilanteista onkin kaksisuuntaista mielialahäiriötä (Angst ym. 2011, Merikangas ym. 2011).

2.2 Perhe

2.2.1 Perheen käsite

Tilastokeskuksen mukaan perheen muodostavat yhdessä asuvat avio- tai avoliitossa olevat tai parisuhteensa rekisteröineet henkilöt ja heidän lapsensa, jompikumpi vanhemmista lapsineen sekä avio- ja avopuolisot sekä parisuhteensa rekisteröineet henkilöt, joilla ei ole lapsia. Vuonna 2017 Suomen yleisin perhetyyppi oli lapseton avio- pari ja heitä oli 36 % kaikista perheistä. Avioparin ja lasten muodostamia perheitä oli 28 % ja heidän määränsä on ollut laskusuunnassa. Avopareja, joilla oli lapsia, oli 8.4 %. Kahdestaan eläviä avopareja oli 14.8 %. Äidin ja lasten muodostamia perheitä oli 10.4 %, isän ja lasten 2.2 %. Uusi avioliittolaki tuli voimaan Suomessa 1.3.2017, jolloin samansukupuoliset ovat voineet solmia avioliiton. Vuoden 2017 tilaston mukaan

lapsiperheitä, joissa oli samansukupuoliset vanhemmat, oli 0.1 %. (Suomen virallinen tilasto 2018).

Perheen määrittely on ongelmallista. Perheenä voidaan pitää niiden ihmisten joukkoa, jotka kokevat olevansa samaa perhettä tai jotka syövät samasta jääkaapista, mikä lähenee Kansaneläkelaitoksen käyttämää käsitettä ruokakunta, tai joita yhdistää samasta ongelmasta puhuminen (Aaltonen 2006). Voidaan myös määritellä, että perhe on joukko ihmisiä, joilla on keskenään biologiset, emotionaaliset tai juridiset siteet (McDaniel ym. 1989). Perhe voi myös tarkoittaa vähintään kahta yksilöä, jotka ovat riippuvaisia toistensa emotionaalisesta, fyysisestä ja taloudellisesta tuesta (Black ja Lobo 2008). Pattersonin (2002) mukaan perhesysteemin muodostavat vähintään kaksi yksilöä (perheen rakenne) ja heidän tapansa olla yhdessä (perheen toiminta).

Ackerman (1959) kuvaa perhettä niin, että perhe ja yksilö ovat jatkuvassa riippuvuus- ja vuorovaikutussuhteessa keskenään. Minuchinin (1974) mukaan perhe on luonnollinen ryhmä, joka on aikojen kuluessa kehittänyt tietyt tavat tai mallit vuorovaikutukselleen. Reichin (2019) mukaan perhe on aina vuorovaikutuksessa myös ympäröivän yhteiskunnan kanssa. Perhe on tavallaan jäsentensä sisäinen objekti, joka koostuu sen sisäisistä ihmissuhteista, ilmapiiiristä ja elämäntyylistä.

Monessa muussa kulttuurissa perheen käsite on edelleen lähellä suomalaista lähi-suvun käsitettä. Muutama sukupolvi sitten Suomessakin isovanhemmat kuuluivat perheeseen, samoin samassa taloudessa asuvat palvelijat ja muu väki. Ydinperhe alkoi kehittyä vasta 1800-luvulla, teollistumisen aikakaudella (Yesilova 2009).

2.2.2 Perheen kehitysvaiheet

Perhettä voidaan tarkastella sen kehitysvaiheiden mukaan. Aluksi on kahden aikuisen parisuhde, joka laajenee lapsiperheeksi, ensin vauva- ja pikkulapsivaiheeseen ja lasten kasvaessa vähitellen koululaisten ja teini-ikäisten perheeksi, kunnes vuorossa on lasten irtautuminen kotoa ja vanhemmilla paluu kahden aikuisen pienperheeksi. Samalla tapahtuu jatkuvaa yksilöiden sisäistä kasvua, lapsilla kohti aikuisuutta ja aikuisilla luopumisen kautta kohti generatiivisuutta ja vanhuutta. Ajatellaan, että hyvin voivasta perheestä kasvaa hyvin voivia jälkeläisiä (Sorrells ja Ford 1969, Rauer ja Volling 2013).

Terve perhe muuttuu joustavasti kehitysvaiheidensa mukaan (Doane 1978). Jos perhe ei esimerkiksi kykene sallimaan kasvaville lapsille iän mukaista vapautta ja autonomiaa, kyse on huonosti toimivasta, dysfunktionaalisesta perheestä. Perheissä, joissa vanhempi sairastaa kaksisuuntaista mielialahäiriötä, on vähemmän

yhteenkuuluvuutta ja järjestystä, enemmän ristiriitaa ja kontrollia sekä vaikeutta sallia lasten itsenäistymistä kuin tavallisissa perheissä. Vanhemman psyykkinen sairaus saattaa vähentää perheen yhtenäisyyttä, joustavuutta, arkielämän toimivuutta ja kykyä antaa jäsenilleen tukea (Inoff-Germain ym. 1997, Chang ym. 2001, Wiegand-Grefe ym. 2019).

Perhe voi muodostua muillakin tavoilla kuin kahden aikuisen parisuhteesta alkavana. Yhden vanhemman ja lapsen tai lasten muodostamaan perheeseen voi tulla uuden parisuhteen kautta uusi aikuinen, jolla mahdollisesti on myös lapsia. Tämä haastaa syntyvän perheen jäsenet muodostamaan uudet säännöt ja toimintatavat syntyneelle yksikölle, se vaatii kykyä keskustella ja luoda kompromisseja.

2.2.3 Perheen psykososiaaliset tehtävät ja perheen toimintakyky

Perhettä emotionaalisena yksikkönä voidaan tarkastella vähintään kolmen sukupolven muodostamana yhteenliittymänä tai systeiminä, jota käsitystä monet tutkijat tukevat. Vanhempien ja lasten lisäksi perheessä vaikuttavat voimakkaasti vanhempien omista vanhemmistaan luomat sisäistykset. Perhe tarjoaa jäsenilleen elämän mittaisen kehittymisen mahdollisuuden esimerkiksi separaation ja individuaation eli itsenäiseksi yksilöksi muodostumisen käsittelyyn (Bowen 1960, Karon ja Widener 1994).

Toimivassa perheessä vanhempien välinen suhde, allianssi, on ensisijainen koossa pitävä voima (Doane 1978, Flemons 1991). Vanhempien välinen allianssi mahdollistaa hyvän vanhemmuuden, lasten turvallisen kasvun ja kehityksen (Margolin ym. 1996, Malinen 2011). Toimivassa perheessä kaikki jäsenet ovat aidossa yhteydessä toisiinsa olemalla kaikkien puolella eikä ketään vastaan. Normaali perhe on käsitteenä ongelmallinen, koska normaali merkitsee yleisimmin esiintyvää. Suomen normaalein perhe vuonna 2017 oli lapseton aviopari (Suomen virallinen tilasto 2018).

Perheen terveyttä voidaan tarkastella monesta, esimerkiksi lääketieteellistyyppisestä näkökulmasta: onko jollain perheenjäsenellä oireita (Walsh 1987). Sitä voidaan arvioida myös sen toimintakyvyn mukaan: terve perhe toimii optimaalisesti tai ainakin keskitasoisesti (Walsh 1987). Hyvin toimivassa perheessä sen jäsenet saavat lämpöä, tukea ja yhteenkuuluvuuden kokemuksen vaikeinakin aikoina (Quatman 1997, Black ja Lobo 2008). Hyvin toimivassa perheessä jollakulla perheenjäsenellä saattaa olla ajoittain oireita, mutta oireettomuus saattaa liittyä siihen, että negatiivisten asioiden ilmaiseminen pelottaa ja ne jäävät vaikuttamaan perheen elämään ilman että niitä käsitellään (Simon ym. 2005). Transaktionaalisen näkökulman mukaan terve perheyksikkö kasvaa ja kehittyy sekä yksilötasolla että suhteessa yhteisöön.

laajemmin (Walsh 1987). Tervettä perhettä luonnehtii myös yhteinen arvopohja tai spirituaalisuus (Quatman 1997). Se ilmenee usein yhteisenä uskona, vakaumuksena tai johtoajatuksena, joka avartaa perspektiiviä elämän vastoinkäymisissä (Doane 1978, Walsh 2002, Simon ym. 2005). Sen ansiosta on mahdollista sijoittaa vastoinkäymiset ja stressitilanteet laajempaan kontekstiin ja antaa niille samalla merkitys ja painoarvo (Reiss ja Oliveri 1991).

Hyvin toimivassa perheessä on avoimen, selkeän kommunikaation ja hyvän ongelmanratkaisukyvyn seurauksena vähemmän ongelmia kuin huonommin toimivassa perheessä. Sekä affektiivinen, tunteita välittävä kommunikaatio, että instrumentaalinen eli asiakommunikaatio sujuvat terveessä perheessä hyvin, mikä helpottaa esimerkiksi huolenpitoa ja perheenjäsenten välisiä prosesseja (Patterson 2002). Vielä niitäkin oleellisempaa on mielihyvänsävyinen yhdessäolo, leikkisyys, huumori ja vapaa-ajan viettäminen yhdessä (Quatman 1997, Walsh 2003).

Käsitettä kiintymyssuhde käytetään kuvaamaan tapaa, jolla lapsi on kiintynyt ensisijaiseen huolta pitävään henkilöön. Se kertautuu kaikissa hänen myöhemmissä ihmissuhteissaan. Kiintymyssuhde voi olla turvallinen, turvaton tai disorganisoitunut. Kiintymyssuhteen turvallisuus ennustaa, kuinka lapsi nyt ja myöhemmin aikuisena uskaltautuu tutkimaan ympäristöään, leikkimään, tekemään työtä ja solmimaan uusia ihmissuhteita, tietäen, että kiintymyksen kohteen luo voi aina palata hakemaan turvaa, apua ja rohkaisua (Feeney ym. 2010). Koko perhettä tarkasteltaessa käsitettä voidaan laajentaa niin, että turvallisen kiintymyksen kohteen asemesta voidaan käyttää käsitettä turvallinen perhe, secure family basis (Byng-Hall 1995, Cook 2000, Mikulincer ym. 2002).

Kaikki toimivat perheet eivät kuitenkaan ole samanlaisia kuten kaikki sellaisetkaan perheet eivät ole, joissa yhdellä perheenjäsenellä on mielenterveyden häiriö (Walsh 1987). Kuitenkin hyvin toimivissa perheissä on muutamia yhteisiä vuorovaikutustapoja, jotka erottavat ne ei-toimivista perheistä. Hyvin toimiva perhe ei ole ongelmaton perhe, vaan yksikkö, joka sietää vastoinkäymisiä ja toipuu niistä, näin kehittäen resilienssiään entistä paremmaksi. Positiivisuus, avoin ja selkeä kommunikaatio, tunteiden jakaminen, sitoutuminen ja joustavuus ovat tunnusomaisia toimivalle perheelle (Doane 1978, Walsh 1989, 2002, 2003). Perheen rakenne on vähemmän tärkeä kuin perheen prosessit niin yksilön kuin perhekokonaisuudenkin kannalta (Walsh 1996). Hyvä perhe ei ole erillinen yksikkö, vaan sekä perheellä kokonaisuutena että kullakin sen jäsenellä on tärkeitä, perheen ulkopuolisia suhteita. Sateenkaariperheet ovat tulleet ajan myötä näkyvämmiksi yhteiskunnassa. Näissä perheissä lapset kehittyvät samaan tapaan kuin heteroseksuaalisissa perheissä ja heidän hoidon tai avun

tarpeensa ovat samansuuntaisia kuin heteroperheissä. Avoin keskustelu tilanteesta terveydenhuollon toimijoiden kanssa on tarpeen (Webster ja Telingator 2016).

2.2.4 Psykoosisairauksiin liittyvä perhevuorovaikutus

Psykooseihin liittyvä perhetutkimus alkoi 1940-luvulla. Tarkastelussa oli muitakin psykooseja kuin skitsofrenia ja toisaalta skitsofrenia oli tuolloin käsitteenä laajempi kuin nykyään (Heinimaa 2008). DSM-järjestelmän version III myötä mielenterveyshäiriöiden diagnostiset kriteerit tulivat käyttöön sekä tutkimuksessa että kliinisessä ympäristössä vuonna 1980. Tällöin skitsofrenian diagnostiset kriteerit tarkentuivat.

Skitsofrenian perhekäsityksen juuret ovat äidin ja lapsen suhteen tarkastelussa. Fromm-Reichmann kehitti käsitteen skitsofrenogeeninen äiti (1948). Hän katsoi, että dominoivan, aggressiivisen, hylkäävän äidin vanhemmuuden tyyli, etenkin jos isä oli passiivinen, olisi syynä lapsen myöhempään sairastumiseen skitsofreniaan. Alanen on pitänyt patologistaa äitisuhdetta skitsofreniaan sairastumisen merkittävänä etiologisenä tekijänä (Alanen 1958). Karonin ja Widenerin (1994) mukaan terveiden yksilöiden äideistä kolmannes on patogeenisiä, jälkeläisissään sairautta synnyttäviä, mutta skitsofreniaa sairastavien äideistä kaksi kolmannesta. Heidän mukaansa myös skitsofreniaa sairastavien henkilöiden isät ovat lähes yhtä patogeenisiä kuin äidit. Vähitellen lapsen ja yhden vanhemman suhteen tarkastelu eteni koko perheen rakenteen ja vuorovaikutustapojen tutkimiseksi (Bateson ym. 1956, Jackson 1957, Bowen 1960, 1966).

2.2.4.1 Kommunikaatiotutkimus ja psykoosi

Palo Alton yliopistossa toimi 1950-luvulla Gregory Batesonin johdolla tutkimusryhmä, joka tuli siihen johtopäätökseen, että kommunikaatio oli keskeinen vaikuttava tekijä perheen vuorovaikutuksessa. Ryhmän keskeinen havainto oli kommunikaation monitasoisuus sekä kommunikaation ja käyttäytymisen samamerkitysisyys. Ryhmä korosti, että yksinkertaista kommunikaatiota ei ole olemassakaan, vaan jokaista kommunikaatiotapahtumaa vastaa korkeamman abstraktiotason kommunikaatiomuoto. Haleyn ja Richeport-Haleyn (2007) mukaan piiloviestejä käytetään usein, jotta saavutettaisiin valtaa, joka luonnehtii kaikkia ihmissuhteita. Tämän ajattelun mukaan psyykkiset oireet, vaikeimmillaan psykoosi, olisivat sopeutumiskeino monimerkityksiseen, monitasoisesti patologiseen, epäselvään kommunikaatioon.

Bateson työryhmineen kehitti kaksoissidoksen käsitteen (Bateson ym. 1956). Siihen kuuluvat seuraavat elementit: 1) on olemassa läheinen suhde kuten esimerkiksi perheessä vallitsee, 2) valta-asemassa oleva lausuu käskyn tai kiellon, jonka noudattamatta jättämisestä seuraa rangaistus, 3) samalla hän antaa toisella, usein nonverbaalisella tasolla käskyn, joka on ensimmäisen käskyn kanssa ristiriidassa, 4) käskyn kohde ei voi yhtä aikaa noudattaa kumpaakin käskyä eikä kommentoida kahden vastakkaisen käskyn ristiriitaa, mutta häneltä vaaditaan vastausta, 5) hän ei voi poistua tilanteesta, mutta tuntee pakkoa vastata jotenkin ja 6) seurauksena on ratkaisematon hämmennys, äärimmillään psykoosi. Kun tämä tapahtumasarja on toistunut riittävän usein, jo osa siitä riittää laukaisemaan sen kohteessa hämmennystä. Keskeinen tekijä on kahden informaatiotason (usein verbaalisen ja nonverbaalisen) välinen ristiriita. Kaksoissidoksia on havaittavissa muissakin perheissä kuin niissä, joissa on psykoosia sairastava jäsen. Ilmiö on vaikeasti tutkittavissa (Mones ja Schwartz 2007, Wedig ym. 2007, Koopmans 2001). Palo Alton ryhmä keskittyi tutkimaan perheiden kommunikaatiotyyplejä, ei esimerkiksi tunteita. Perheenjäseniä tutkittiin samantarvoisina kommunikaatioon osallistujina ottamatta niinkään huomioon valtaa, jota vanhemmilla eittämättä on suhteessa lapsiinsa.

On oletettu, että perheissä, joissa on skitsofreniaan sairastunut jälkeläinen, nonverbaalinen vuorovaikutus olisi erilaista kuin muissa perheissä ja ristiriitaisista verbaalisen vuorovaikutuksen kanssa. Näyttää siltä, että terveiden ja skitsofreniaperheiden välillä ei olisi suurta eroa. Pikemmin lienee niin, että skitsofreniaan sairastunut ei kykene käsittelemään liikaa eri modaliteeteista saapuneita vuorovaikutuksellisia tapahtumia yhtä aikaa, olivat ne sitten keskenään ristiriitaisia tai ristiriidattomia. Hän on toisin sanoen herkkä vuorovaikutuksen häiriöille (Hall ja Levin 1980, Tienari ym. 2004).

Kun Palo Alton ryhmä tutki vääristynyttä kommunikaatiota psykoosin etiologisenä tekijänä (Beels 2011), suomalaisessa adoptiolapsitutkimuksessa päädyttiin siihen, että vääristynyt kommunikaatio saattaa sairastuttaa siihen alttiita yksilöitä ja terve kommunikaatio taas suojata sairastumiselta. Suomalaisessa tutkimusasetelmassa kartoitettiin skitsofreniaryhmän häiriöön sairastuneiden äitien adoptioon antamia lapsia heidän adoptioperheessään ja tämän adoptioperheen kommunikaatiota (Siira 2007, Roisko ym. 2011).

2.2.4.2 Psykoosiin liittyvät perheilmiöt

Bowen (1960, 1966) on esitellyt käsitteet differentiaatio ja triangulaatio. Differentiaatiolla tarkoitetaan eriytymistä perheestä omaksi itseksi, mikä mahdollistaa terveen

itsenäisyyden suhteessa muihin perheenjäseniin ja myös perheen ulkopuolisiin ihmisiin. Triangulaatiolla tarkoitetaan yhden perheenjäsenen kietomista kahden muun väliseen konfliktiin (Wang ja Crane 2001). Usein kyseessä on vanhemman vaatimus saada lapsi omalle puolelleen toista vanhempaa vastaan. Kietoutuneisuus ja toisaalta karkottaminen ovat ominaisia häiriintyneille perheille, esimerkiksi kun perheessä on skitsofreniaa tai psykosomaattista sairautta (Stierlin 1983).

Skitsofreenisiä perheitä luonnehtii myös ”rubber fence” eli kumiaita-käsite, jonka on luonut Wynne (Singer ja Wynne 1963). Se tarkoittaa tilannetta, jossa perheestä irtautuminen ei näennäisesti ole kiellettyä, mutta todellisuudessa irtautuminen ei kuitenkaan onnistu. Perheen rajat ulkomaailmaan ovat siis korostuneet. Perhe suostuu näennäisesti ulkopuolisiin aktiviteetteihin, mutta todellisuudessa ei salli mitään merkittävää ulkopuolista väliintuloa, esimerkiksi terapiaa, jolla olisi todellista, muuttavaa vaikutusta. Tällöin tervetä, perheen ulkopuolista kontaktia vaille jäävät eniten ne, jotka sitä eniten tarvitsevat, esimerkiksi vanhemmistaan riippuvaiset lapset (Karon ja Widener 1994).

Pseudomutuaalisuus ja pseudovihamielisyyks ovat myös Wynnin (1958) luomia, skitsofrenian liittyvästä perhetutkimuksesta syntyneitä käsitteitä. Pseudomutuaalisuus tarkoittaa, että perheellä ei ole kykyä sietää erillisyyttä ja erimielisyyttä, vaan yhtenäisyyden ja yhteisyyden illuusiota ylläpidetään aidon läheisyyden hinnalla. Pseudovihamielisyyks tarkoittaa, että perheen tapa riidellä ja ylläpitää vihamielisyyttä on vain verho, jonka takana ei ole todellista vihamielisyyttä. Se kuitenkin estää keinotekoisuudellaan sekä todellisen intiimiyden että syvemmän ja todellisemman vihamielisyyden sekä vinouttaa kommunikaatiota (Wynne 1958). Lidz kehitti käsitteet ”marital schism” (aviollinen ristiriita näennäisen sopusoinnun vallitessa) ja ”marital skew” (aviollinen vinoutuma), kun hän ulotti tutkimuksensa sairastuneiden potilaidenisiin ja koko perheeseen. Vinoutuneessa perheessä läheisin suhde ei ole vanhempien välillä, vaan yhden vanhemman ja yhden lapsen välillä eli on syntynyt sukupolvirajat ylittävä koalitio. Tässä Lidzin tutkimuksessa kaikkien vanhempien avioliitot olivat erittäin ristiriitaisia (Lidz ym. 1957A, B).

Minuchin (1974) toi perheterapiatutkimukseen perheen rakennetta kuvaavat käsitteet ”rajat ja alasyteemit”. Perheessä on monta alasyteemiä, puolisoiden, vanhempien, lasten, miesten ja naisten. Hyvin toimivassa perheessä rakenteiden väliset rajat ovat selvät, mutta tilanteen vaatimusten mukaan joustavat. Perhe-elämän kehitysvaiheissa rajat saattavat hämärtyä ja suhteet kietoutua tilapäisesti tai pitkäkestoisesti, jolloin puhutaan vinoutuneesta perheestä ja sukupolvien rajat ylittävästä koalitiosta, joka on lapsille ja myös koko perheyhteisölle vahingollinen, jos se jää pysyväksi

olotilaksi. Koalitioiden katsotaan liittyvän psyykkiseen sairastamiseen (Flemons 1991, Patterson 2002, Haley ja Richeport-Haley 2007).

Niissä perheissä, joissa jollakulla on psykoosi, sukupolvien väliset rajat saattavat hämärtyä myös siten, että lapsi joutuu huolehtijan rooliin. Toisaalta lapset oppivat myös varhain vaikenemaan perheen salaisuudesta, vanhemman psyykkisestä sairaudesta, tarkoituksenaan suojella perheensä jäseniä. Tällöin perheen rajat jäykistyvät suhteessa ulkomailmaan (Gladstone ym. 2006). Resilienttiä perhettä luonnehtivat perheyksikön integraatio, huolenpito ja kasvu suhteessa sekä sen yksilöihin että laajempiin sosiaalisiin systeemeihin. Ne ovat yleisiä inhimillisiin systeemeihin kuuluvia ulottuvuuksia (Walsh 1987).

Psykoosiin sairastunut henkilö saattaa perheessään joutua eristetyksi tavallisesta arkisesta keskusteluyhteydestä, jolloin häntä ei ole enää olemassa tavanomaisen keskustelun osapuolena. Aito yhteys perheenjäsenen katoaa ja tilalle tulee rituaalinen suhde. Aiemmin saatettiin myös ajatella, että tieto vanhemman psyykkisestä sairaudesta vahingoittaa lasta, jolloin vaikeneminen tästä aiheesta on liittynyt koko perheen köyhtyneeseen vuorovaikutukseen (Alanen ym. 1991, Iso-Koivisto 2004). Psyykkisen sairauden stigma saattaa vaikeuttaa suoraa, ikätasoisia, lapselle ymmärrettävää selitystä vanhemman sairaudesta hänelle (Hinshaw 2004, 2005).

Emotionaalinen reagointi toiseen on ymmärtämisen edellytys, mutta liiallinen tunteenomainen reagointi toiseen estää aidon kuulemisen, kun puhujan ja kuuliijan välillä ei ole riittävää välimatkaa ja erillisyyttä (Bowen 1960). Tunteenomaiseen reagointiin vaikuttaa myös puhujan emotionaalinen lataus. Voimakas tunnelataus vaikuttaa enemmän kuin puhutut sanat. Wrede (1982) on skitsofreniaa sairastavien äitien lapsia koskevassa tutkimuksessaan todennut, että parhaiten selviävät paranoidista skitsofreniaa sairastavien äitien lapset: äitien ajatusmaailma on ehkä pelottava, mutta johdonmukainen ja ennustettava. Sen sijaan paranoidista muotoa huominkin järjestäytyntä skitsofreniaa sairastavien äitien lapset joutuvat kamppailemaan vanhemman vaikeasti käsitettävän, järjestäytymättömän ja mahdollisesti kovin tunteikkaan mielensisällön kanssa. Lidz ym. (1957A, B). ovat käyttäneet ilmiöstä termiä irrationaalisuuden transmissio: häiriintyneet ajatustavat siirtyvät perheessä sukupolvesta toiseen, skitsofreniaan sairastumaan altista minää tuottaen (Bowen 1960).

Psyykkiseen häiriöön liittyvä stigma heikentää perheen yhtenäisyyttä ja vaikeuttaa perheenjäsenten ihmissuhteita ja ammatillisia tavoitteita. Varsinkin kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyy perheen varovaisuus ja kommunikaation kapeutuminen ja köyhtyminen, jotka liittyvät pelkoon siitä, että potilaan mikä tahansa poikkeavan voimakkaaksi tulkittu tunneilmaisu on merkki uudesta sairastumisjaksosta (Moltz 1993).

Perheissä, joissa on psykoottinen perheenjäsen, on havaittu olevan erityisesti niille ominaista ilmapiirin ja kommunikaation poikkeavuutta, joita kuvataan käsitteillä Expressed Emotion, EE eli tunneilmapiiri, Communication Deviance, CD eli kommunikaatiohäiriö ja Affective Style, AS eli tunteiden ilmaisun tapa (Roisko ym. 2003).

2.2.4.3 Tunneilmapiiri, expressed emotion (EE)

Expressed Emotion –käsite (EE) kuvaa perheenjäsenten tapaa olla kontaktissa sairaaseen perheenjäseneseen (Brown ym. 1972, Vaughn ja Leff 1976A ja B), suomeksi tunneilmapiiri (Heikkilä 2006). Keskeiset ulottuvuudet ovat emotionaalinen kietoutuneisuus ja vihamieliset ja kriittiset kommentit sairastunutta kohtaan sekä yhdessä vietetty aika, yli 35 tuntia viikossa. EE:n mittaamiseen voidaan käyttää nauhoitettavaa Camberwellin perhehaastattelua (Camberwell Family Interview, CFI: Vaughn ja Leff 1976B), joka on saanut ns. kultaisen standardin aseman. EE on kehitetty ennustamaan erityisesti skitsofreniasairauksien relapsia, mutta se ennustaa relapsia myös muissa häiriöissä kuten syömishäiriöissä, mielialahäiriöissä, somaattisissa sairauksissa ja alkoholismissa (Butzlaff ja Hooley 1998, Barrowclough ja Hooley 2003). Skitsofreniassa korkean EE:n katsotaan aiheuttavan potilaassa ahdistusta, joka puolestaan on yleinen piirre skitsofreniaoireistossa (Kuipers ym. 2006).

On arveltu, että EE olisi jossain määrin myös skitsofrenian etiologinen tekijä. Koutran ym. (2014) katsauksen mukaan ensipsykoosipotilaiden perheissä EE on varsin usein korkea. Attribuutioteorian mukaan korkean EE:n perheissä perheenjäsenen on ajateltu pitävän potilasta vastuullisempana oireistaan kuin matalan EE:n perheissä, jolloin perheenjäsenten tyytymättömyys ja vihamielisyys lisääntyvät (Barrowclough ja Hooley 2003, Angermeyer ym. 2011). Perheenjäsenten kriittistä puhe-tyyliä (critical comments, CC) voidaan pitää joko perheenjäsenten piirteenä tai reaktiona hoitamattomaan psykoosiin tai reaktiona sairauden ulkoisiin ilmiöihin, mutta ilmiö saattaa lieventyä, kun perhe saa asiantietoa sairaudesta ja kykenee ymmärtämään sairastuneen perheenjäsen oudon käytöksen sairauden oireena (Alvarez-Jimenez ym. 2010). Woon ym. (1997) tutkimus viittaa siihen, että korkean ja matalan EE:n perheet voidaan erotella nonverbaalin viestinnän perusteella tarkemmin kuin puheen sisällön perusteella. Emotionaalista kietoutuneisuutta voidaan tarkastella myös ahdistuneen, turvattoman kiintymyssuhteen muotona, kun pelkona on psykoottisesti sairastuneen perheenjäsenen menettäminen sairauteen (Alvarez-Jimenez ym. 2010).

EE:n on havaittu olevan jossakin määrin kulttuurisidonnainen. Esimerkiksi latinalaisamerikkalaisissa perheissä se, mikä anglo-amerikkalaisille olisi tunkeutuvuutta, kietoutuneisuutta tai ylihuolehtivuutta, tulkitaankin tässä kulttuurissa lämmöksi ja

välittämiseksi (Lopez ym. 2004, Weisman de Mamani ym. 2007, Guada ym. 2008). Latino-amerikkalaisissa perheissä lämpö on keskeinen suojeleva tekijä. Emotionaalista kietoutuneisuutta voidaan pitää paitsi reaktiona sairauden tuomaan taakkaan tai potilaan emotionaalisiin oireisiin, myös lämpimän tunteen ja välittämisen ilmaisuna (van Os ym. 2001). Vanhempien lämmin asenne jopa vähentää jälkeläisten geneettistä riskiä lähelle nollaa prodromaalivaiheessa (Gonzales-Pinto ym. 2011). Anglo-amerikkalaisissa perheissä kriittisyyden on todettu olevan keskeinen riskitekijä (Lopez ym. 2004).

Alun perin expressed emotion –käsite kehitettiin kuvaamaan perheitä, joissa oli psykoosiin sairastunut perheenjäsen. EE-arviointiasteikon avulla voitiin ennustaa relapsin todennäköisyyttä. Nykykäsityksen mukaan EE-ilmiö ei kuitenkaan ole yksisuuntainen. Ehkä enemmän kuin etiologiaa, se kuvastaa perheenjäsenten reagointia krooniseen stressitilaan, perheenjäsenen psykoosiin (van Os ym. 2001, Barrowclough ja Hooley 2003, McFarlane ja Cook 2007, Meneghelli ym. 2011). Izon ym. (2018) toteaa katsauksessaan, että runsas kritiikki korreloi potilaan oireiden paljouteen ja toimintakyvyn huonontumiseen. Emotionaalinen kietoutuneisuus voidaan nähdä sopeutumisenä, jolloin sopiva emotionaalisen sitoutumisen määrä yhdessä lämpimän perheympäristön kanssa parantaa potilaan toimintakykyä ja vähentää oireita.

2.2.4.4 Kommunikaatiohäiriö, communication deviance (CD)

Communication deviance –käsitteen (CD) loivat Singer ja Wynne (Singer ja Wynne 1963, Singer ym. 1978) kuvaamaan vuorovaikutuksen häiriötä perheissä, joissa on skitsofreeninen perheenjäsen. Suomeksi siitä käytetään ilmaisua kommunikaatiohäiriö. on ilmiö, jossa keskustelun fokuksen säilyttäminen alkuperäisessä aiheessa ei onnistu. Tällaisessa perheessä lasten kyky oppia loogista ajattelua ja ilmaisua on vaikeutunut. Lapset eivät opi, mikä on tärkeä asia ja mikä keskustelun sivujuonne. Keskustelu synnyttää heissä hämmennystä. CD:n on todettu olevan pysyvä ilmiö, ei vain esimerkiksi vanhempien reaktio sairauden esioireiseen, oudosti käyttäytyvään lapseen (Wahlberg ym. 2001, Roisko ym. 2003, Tienari ym. 2006, Roisko ym. 2011, 2014, de Sousa ym. 2014). Häiriintyneesti kommunikoivan vanhemman ja skitsofreniaan sairastuvan lapsen voidaan myös katsoa kuvastavan saman geneettisen perimän erilaisia ilmiäsuja (Miklowitz ym. 1991). Ilmiötä havaitaan kaikissa perheissä.

Korkea CD on jälkeläisille riski sairastua skitsofreniaan erityisesti, jos jälkeläinen on perinyt siihen alttiuden (Roisko ym. 2011). Toisaalta Roisko ym. totesi 2015, että adoptiovanhemman kommunikaatiohäiriö selittää ainoastaan lapsen ajatushäiriötä.

2.2.4.5 Tunteiden ilmaisun tapa, affective style (AS)

Affective style, AS –käsitteellä, suomeksi tunteiden ilmaisun tavalla tarkoitetaan omaisen emotionaalista ja verbaalista käyttäytymistä hänen ollessaan tekemisissä potilaan kanssa (Roisko ym. 2003). AS on negatiivinen, jos ongelmanratkaisutilanteessa ei todeta kriittisiä kommentteja ja tunkeutuvaa, toisen ajatusten lukemista sisältävää vuorovaikutusta (Cook ym. 1991). Negatiivinen AS kuvastaa siis tervettä vuorovaikutustapaa. AS:n voidaan katsoa välittävän EE:n tunneosuutta (Cook ym. 1991). AS mittaa EE:tä paremmin perheen vaikutusta perheenjäsenen psykopatologiaan (Cook ym. 1991). Sekä EE että AS on kehitetty mittaamaan perheenjäsenen unidirektionaalista suhdetta sairastuneeseen ottamatta huomioon vastavuoroista tai systeemistä näkökulmaa.

2.2.5 Perheen stigma, taakka ja selviytyminen

Perheensisäinen psyykinen sairaus luo edelleen häpeää ja leimaantumista, josta käytetään käsitettä stigma (Hinshaw 2004, Gray ym. 2008). Osittain siksi psyykkisestä sairaudesta on pitkään vaiettu, myös perheen ja suvun kesken (Hinshaw 2004). Ympäröivä yhteiskunta haluaa pitää etäisyyttä perheisiin, joissa on psyykkisesti sairastunut perheenjäsen.

Vaikeasti psyykkisesti sairaan potilaan puolison depressiivisyyttä ja koko perheen, siis myös lasten kuormaa on tutkittu lisääntyvästi viime vuosikymmenien aikana. Useimmiten on niin, että avohoidossa olevan skitsofreniapotilaan tarpeista huolehtii suurimmaksi osaksi perhe (Ochoa ym. 2008). On kehitetty käsite burden, taakka. Se jaetaan subjektiiviseen ja objektiiviseen (Gallagher ja Mechanic 1996, Karp ja Tanarugsachock 2000, Boye ym. 2001, Stengård 2002 ja 2003, Lowyck ym. 2004, Hinshaw 2005, Rössler ym. 2005, Parabiaghi ym. 2007, Hjärthag ym. 2010, Kuipers ym. 2010). Objektiivinen taakka tarkoittaa aineellisten ja henkisten resurssien käyttöä ja subjektiivinen taakka omaisen kokemusta. Omaisten kokema tunneilmapiiri (Expressed Emotion eli EE) on yhteydessä heidän kokemukseensa sairaudesta koituvan taakan määrästä (Möller-Leimkuhler ja Jandl 2011). Ruotsalaisen selvityksen mukaan skitsofreniaa sairastavan perheenjäsenen aikaa kuluu viikossa 22,5 tuntia omaisesta huolehtimiseen eli puolipäivätyön verran (Flykt 2012).

Burden-käsitteen rinnalla alettiin 1980-luvulla käyttää käsitettä resilience, joka voidaan kääntää esimerkiksi sinnikkyys, pärjäävyys tai lannistumattomuus (Walsh 2003). Kuten mikä tahansa kriisi, perheenjäsenen psyykinen sairaus voi toimia katalyyttinä niin, että perhe kehittyy aikaisempaa rakentavampaan ja toimivampaan suuntaan

(Walsh 1987, 1989, Marsh ja Johnson 1997, Walsh 2002, 2003.). Toisaalta mikä tahansa perheenjäsenen krooninen sairaus, sekä psyykkinen että somaattinen, voi lisätä perheen kuormaa ja saattaa hankaloittaa toisen perheenjäsenen tilannetta, esimerkiksi vaikeuttaa lapsen kehittymistä ja olla uhka hänen terveydelleen ja toimintakyvyilleen (Pedersen ja Revenson 2005, Manninen ym. 2008, Pakenham ja Cox 2012). Näyttää on myös siitä, että psyykkisesti sairaan perheenjäsenen olemassaolo on virittänyt perheeseen herkkyyttä toisten tarpeille, rohkeutta, suvaitsevaisuutta ja positiivista mielenlaatua, ainakin kun sairastunut perheenjäsen on ollut sisarus, ei vanhempi (Kuisma ym. 1997, Hinshaw 2005, Coldwell ym. 2011).

2.2.6 Psykoosi ja parisuhde

Doanen (1978) mukaan parisuhde on niin tärkeä, että tutkimista tulisi painottaa nykyistä enemmän arvioitaessa perheen patogeneenisuutta. Toimiva parisuhde perheen vahvimpana siteenä ja sukupolvien välisten koalitioiden puuttuminen ovat terveen perheen tunnusmerkkejä.

Kaikki mielenterveyden häiriöt heikentävät todennäköisyyttä muodostaa parisuhde ja pysyä siinä (Breslau ym. 2011). Terve puoliso on helpompi kumppani kuin psykoottinen puoliso (Lapalme ym. 1997, Hinshaw 2004, Reupert ja Maybery 2007). Harvoin kuitenkaan erityisen terve henkilö löytää puolisoskseen sairastavan tai sairastumisalttiin kumppanin. Bowen (1960) on arvellut, että ihmisillä on taipumus hakeutua parisuhteeseen samalle tasolle ydinperheestään eriytyneen henkilön kanssa. Usein siis puolisoskin vaikuttaa ongelmaiselta, jos toisella on psyykkisiä ongelmia. Ilmiöstä käytetään nimitystä assortative mating, joka viittaa tarkkaan parinvalintaan, joskaan se ei yleensä ole tietoista (Bowen 1966, Reiss ym. 2001, Jundong ym. 2011). Esimerkiksi masentuneilla naisilla näyttää olevan taipumus hakeutua parisuhteeseen mielen-terveysongelmaisen kumppanin kanssa (Rutter ja Quinton 1984, Oyserman ym. 2000, Reupert ja Maybery 2007). Parisuhteen toinen sairastumismalli on psyykkisen sairauden tarttuminen, contagion effect tai siirtyminen (Ackerman 1959, Rutter ja Quinton 1984, Powdthavee ja Vignoles 2008). Esimerkiksi masentuneen mielialan on todettu leviävän perheessä (Ulrich ym. 2011). Toisen vanhemman psyykkinen sairaus heikentää parisuhdetta lisäämällä ristiriitoja ja vähentämällä tukea ja parisuhteen ongelmat puolestaan vanhemmuutta (Leinonen ym. 2003).

Psykoosilla ei tiedetä olevan spesifiä vaikutusta parisuhteeseen, vaan psykoosin liitännäisilmiöt, esimerkiksi emotionaalisen läsnäolon puute, masennus, taloudelliset ongelmat ym. vaikuttavat samaan suuntaan eri häiriöissä (Marsh ja Johnson 1997).

Ala-Lipastin ym. (2004) mukaan parisuhde kestää psykoosin, jos parisuhde on kestänyt yli 10 vuotta. Kun perheessä on krooninen sairaus, psyykkinen tai somaattinen, sairastavasta perheenjäsenestä lähinnä huolehtiva henkilö ei ehdi paneutua muihin rooleihinsa huolehtijan roolin viedessä runsaasti hänen energiaansa, jolloin perheen sisäinen elämä köyhtyy ja parisuhde asettuu uudenlaiseen tasapainotilaan (Simon 1988). Smith (2004) on todennut, että parisuhteen huononeminen voi olla psyykkisen häiriön aiheuttama, parisuhteen huononeminen voi olla aiheuttamassa psyykkistä häiriötä tai molemmat johtuvat samasta syystä, esimerkiksi lapsuuden vastoinkäymisistä.

Mielenterveyden häiriöstä kärsivän osapuolen tulisi omasta tilanteestaan huolimatta ottaa vastuu puolisolleen ja perheelleen aiheuttamistaan vaikeuksista, jolloin perheensisäiset suhteet voivat pysyä elävinä ja kehittyvinä (Bowen 1966, Papp 1983). Sairastunut puoliso etäännyy usein elämänvaiheen mukaisista velvoitteistaan ja terve puoliso saattaa kokea perheen muutosten seurauksena menetyksen ja vihan tunteita, joiden työstäminen kuitenkin takaa mahdollisuuksia kasvuun ja luovuuteen (Rhoades 2000). Psyykkinen sairastaminen on myös keino ylläpitää valtaa perheessä erityisesti suhteessa puolisoon esimerkiksi kieltäytymällä ottamasta vastaan apua oireisiinsa.

2.2.7 Vanhemman psyykkinen sairaus riskinä lapselle ja perheelle

Arviolta 15-30%:ssa perheistä vanhempi sairastaa psyykkisesti (Stallard ym. 2004, Reupert ja Maybery 2007, 2008). Tutkimusta niiden perheiden vuorovaikutuksesta on kuitenkin vähän, joissa on psykoosia sairastava vanhempi. Eri tutkimusten mukaan psykiatrisista potilaista yli puolella on lapsia ja suurella osalla heistä on myös lastensa huoltajuus (Östman ja Hansson 2002, Leverton 2003, Östman ja Eidevall 2005, Grube ja Dorn 2006, Mason ja Subedi 2006, Terzian ym. 2007). Lastensa kanssa elävän vanhemman psyykkinen sairaus on siis yleinen ilmiö. Vanhemmuuteen päätyneiden skitsofreniaa sairastavien premorbidi selviytyvyys oli lapsettomia skitsofreniaa sairastavia parempaa (Caton ym. 1999). Vanhemmuus merkitsee tärkeää yhteiskunnallista roolia, vaikka samalla se merkitsee myös stressaavia vaatimuksia (Östman ja Hansson 2002). Vanhemmuuden ja perhevuorovaikutuksen on todettu olevan merkittäviä tekijöitä, jotka välittävät vanhemman psyykkisen sairauden riskiä lapselleen (Doane 1978, Rutter ja Quinton 1984, Wichstrom ym. 1994, Tebes ym. 2001, Leinonen ym. 2003, Smith 2004). Erityisen vahingollista lapselle on, jos hän on osa vanhemman psykoottista maailmaa (Smith 2004).

Vanhemman psyykkiseen sairauteen liittyy sekä perheen että sen alasysteemien muuttuminen jäykkään suuntaan esimerkiksi sisarusten välisessä vuorovaikutuksessa, vaikka vanhemman ja lapsen suhde olisikin melko terve (Dickstein ym. 1998). Warnerin ym. (1995) aineistossa, jossa oli tutkittu 145 psyykkisesti sairaan vanhemman jälkeläistä, perheen koheesio oli vähäisempää ja kommunikaatio heikompaa kuin perheissä, joissa ei ollut vanhemman psyykkistä sairautta. Äidin sairastaessa psyykkisesti Dicksteinin ym. (1998) mukaan perheen toimintakyky, tehtävistä suoriutuminen, affektien hallinta, kyky ihmissuhteisiin ja käyttäytymisen hallintaan oli huonompaa kuin niissä perheissä, joissa ei ollut vanhemman psyykkistä sairautta. Lasta suojelee suhde terveeseen vanhempaan tai muuhun aikuiseen, kuten viranomaisiin tai opettajiin. Myös muut sosiaaliset kontaktit suojelevat lasta vastoinkäymisiltä, esimerkiksi vanhemman psyykkiseltä sairaudelta (Reupert ja Maybery 2007).

Jos perheessä on vanhemmalla psykoosi tai depressio, perheen koheesio, kommunikaatio, arkipäivän sujuminen, tunteiden käsittely ja henkilökohtaiset suhteet ovat heikompia kuin perheessä, jossa diagnosoitavaa sairautta ei ole (Stallard ym. 2004, Reupert ja Maybery 2007). Samoin myös väkivaltaa on enemmän kuin tavallisissa perheissä sekä vanhemman ja lapsen välisen suhteen katkeamisia (Rosenberg ym. 2007). Hammen (1991) esittää, että depressiivisten vanhempien lapset oppivat negatiivisen vuorovaikutustyylin ja siten vuorostaan ylläpitävät perheessä sukupolvien välistä negatiivisen vuorovaikutuksen kehää. Lapsen ja hänen psyykkisesti sairaan vanhempansa välillä voi myös tapahtua sekä huolehtimista että huolehtimisen kohteena olemista (Aldridge ja Becker 2003).

Beardslee on kehittänyt intervention depressiivisen vanhemman perheille. Interventiossa käsitellään neljää aihepiiriä, miten psyykkisestä sairaudesta puhutaan, mitä tunteita perheessä ilmaistaan, miten arkipäivä sujuu ja millainen verkosto perheellä ja kullakin sen jäsenellä on. Sen lähtökohtana on, että perheessä voidaan vanhemman sairaudesta puhua. Tämä taas edellyttää sitä, että sairastava vanhempi ymmärtää ja myöntää, että hänen sairaudestaan on seurauksia perheelle, kun toisaalta tiedetään, että psyykkiselle sairaudelle, ei myöskään psykoosille voida osoittaa yhtä selvää syytä (Ivleva ym. 2010, Suvisaari 2010). Oleellista on, että sairastava vanhempi ottaa vastuun omasta oirehdinnastaan ja käyttäytymisestään. Beardsleen intervention todettiin auttaneen perheitä psyykkisestä sairaudesta puhumisessa, lasten sopeutuvuus parani ja vanhemmat saivat parisuhteeseensa tukea 2,5 vuoden seurannassa (Beardslee ym. 1997, 2003).

Tebes ym. (2001) tutki 177 psyykkisesti sairaan äidin lasta. He havaitsivat viisi perheen psykososiaalista prosessia, jotka toistuvat näissä perheissä: talouden huonontuminen, verkoston köyhtyminen, vanhemmuuden heikentyminen, perheen

stressin lisääntyminen ja lapsen ja vanhemman välisen suhteen katkeamiset. Lopputuloksena oli myös, ettei vanhemman psyykkinen tila selittänyt lapsen tilannetta, vaan sitä selittivät perheen psykososiaaliset prosessit, joihin vanhemman psyykkinen tila toisaalta vaikutti. Smithin (2004) mukaan psyykkisesti sairaan vanhemman lapseen vaikutti erityisesti vanhemmuuden katkeaminen. Dunn (1993) on myös kuvannut viisi teemaa, jotka valottavat psykoottisten äitien lasten elämää: kaltoinkohtelu ja laiminlyönti, eristäytyminen, syyllisyys ja lojaalius, mielenterveyspalvelujen heikkous sekä sosiaalisen tuen puute.

2.2.8 Yhteenveto: vanhemman psykoosi ja perhe

Psykoosien perhetutkimus alkoi psykoosiin sairastuneiden nuorten aikuisten ydinperheen tutkimuksesta. Alkuvaiheen tutkimuksissa havaittiin näille perheille tunnusomaisina ilmiöinä kommunikaation vääristymiä, tunneilmapiiirin poikkeavuuksia ja perherakenteiden vinoutumia. Tuolloin 1900-luvun puolivälissä psykiatrinen hoito oli vielä sairaalakeskeistä ja monissa maissa, myös Suomessa, mielisairaus oli avioeste. Hoidon muuttuessa aikaisempaa inhimillisemmäksi ja avohoitopainotteisemmaksi psykoosiakin sairastavien henkilöiden tuli mahdolliseksi solmia parisuhde ja hankkia lapsia. Lapsi oppii ydinperheessään sanallisen ja sanattoman kommunikaation tavat ja muodot ja ylimalkaan sosiaalistuu ympäröivään maailmaan. Näin ollen voisi olettaa, että myös psykoosia sairastavien vanhempien patologisina pidettäviä kommunikaation tapoja mahdollisesti siirtyy seuraavaan polveen.

Kaikki vanhemman psyykkinen ja somaattinen sairastaminen muodostavat riskin lapsen psyykkiselle hyvinvoinnille. Riski välittyy monimutkaisesti ja monitasoisesti vanhemmuuden ja perhevuorovaikutuksen kautta. Psykoosi vaikuttaa olennaisesti vanhemmuuteen. Toisaalta kommunikaatiota ja roolien asianmukaisuutta tärkeämmäksi tekijäksi on osoittautunut lapsen ja vanhemman välisessä suhteessa välittäminen, lämpö ja ainakin yhden terveen aikuisen olemassaolo lapsen elämässä (Music 2009).

Tähänastinen psykooseihin liittyvää perhetutkimus on pääasiassa kohdistunut perheisiin, joissa psykoottinen perheenjäsen on ollut aikuistuva nuori. Vähemmälle huomiolle ovat jääneet perheet, joissa vanhemmalla on psykoosisairaus ja perheessä alaikäisiä lapsia. Kuitenkin tiedetään, että vanhemman psyykkinen sairaus on merkittävä riskitekijä ajatellen lapsen nykyistä ja tulevaa mielenterveyttä. Jotta ehkäiseviä toimenpiteitä voitaisiin kohdentaa oikein ja tehokkaasti, on tärkeää kohdistaa tutkimusta näiden perheiden ominaisuuksien, toimintatapojen ja ongelmien

selvittämiseksi. Jonkin verran on olemassa tietoa näiden perheiden lasten aikuisiällä tehdyistä haastatteluista.

3 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tutkimuksessa tarkastellaan, millaista on vuorovaikutus lapsiperheissä, joissa vanhemmalla on psykoosisairaus, verrattuna perheisiin, joissa vanhemmalla ei ole psykoosia.

Tutkimuksen ensimmäisenä tavoitteena on selvittää, eroavatko edellä mainitut perheet perherakenteen, rajojen, kommunikaation, tunneilmaston, koheesion, joustavuuden, ongelmanratkaisun ja päivittäisten toimintojen suhteen toisistaan. Lisäksi tutkitaan, eroavatko nämä perheet toisistaan perheen kriittisen, vahingollisen toimintatavan, perheen kapeutuneisuuden ja henkisen pahoinvoinnin, etääntymisen, kieltoutuneisuuden ja erilaistumattoman, kaoottisen toiminnan suhteen.

Toisena tavoitteena on selvittää, minkälainen merkitys on kliinisellä perhehaastattelulla ja vuorovaikutuksen havainnoinnilla tapausperheen arvioinnissa:

- kuinka validi on kliinisen kokemuksen pohjalta tehty tapausperheen arvio verrattuna standardoidun Global Assessment of Relational Functioning –arviointiaskeikon antamaan tulokseen.

- onko mahdollista erottaa tapaus- ja verrokkiperheet perheiden nonverbaalin vuorovaikutuksen perusteella.

Kolmantena tavoitteena on selvittää, onko vanhemman psykoosidiagnoosilla (skitsofreniaryhmän vai affektiryhmän psykoosi) merkitystä perhevuurovaikutuksen kannalta kliinisen vaikutelman perusteella arvioituna.

4 AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimus toteutettiin tapaus-verrokkitutkimuksena siten, että tutkimusaineisto käsitti otoksen perheitä, joissa on jotakin psykoosisairautta sairastava vanhempi ja kaltaistetun verrokkiaineiston, jossa vanhemmilla ei ole psykoosisairautta.

4.1 Tapaus- ja verrokkiperheet

Tapausperheiden aineisto koottiin vuosina 1998-2000 ja verrokkiperheiden aineisto vuosina 2000-2006. Tutkimus toteutettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella sairaanhoitopiirin ylläpitämissä ja kunnallisissa mielenterveysyksiköissä pyytämällä suostumus tutkimukseen osallistumiseksi peräkkäisiltä, perheellisiltä potilailta. Verrokkiperheiden aineisto koottiin terveyskeskuksien kouluterveydenhoitajien avulla tunnistamalla tapausperheen vanhimman lapsen iän mukainen verrokkiperhe, minkä jälkeen tutkija otti perheeseen yhteyttä. Sekä tapaus- että verrokkiperheet on lyhyesti kuvattu liitteessä 6.

Tutkimuksen kriteerit täytti 28 lapsiperhettä, joissa toinen vanhemmista sairasti psykoosia. Heistä 15 perhettä suostui tutkimukseen. Heille kerättiin 15 verrokkiperhettä, joissa vanhemmalla ei ollut psykoosisairautta. Tässä tutkimuksessa käytetään termiä tapausperhe niistä perheistä, joissa ainakin yhdellä vanhemmalla oli psykoosi. Sekä tapaus- että verrokkiperheessä tuli olla vähintään yksi 5-18-vuotias lapsi. Yhden verrokkiperheen lapsen tuli olla sisarusasemasta riippumatta tapausperheen vanhimman lapsen ikäinen. Verrokkiperheissä vanhemmilla tai lapsilla ei saanut olla tiedossa olevaa merkittävää fyysistä tai psyykkistä sairautta. Se selvitettiin perheiltä kysymällä. Verrokkiperheen asuinalueen piti muistuttaa riittävästi vastaavan tapausperheen asuinaluetta. Esimerkiksi lähiössä asuvan tapausperheen verrokkiperhe asui saman tyyppisessä lähiössä samassa kunnassa.

Lähes kaikki ensihaastattelut sekä tapaus- että verrokkiperheissä toteutuivat siten, että paikalla oli ainoastaan perheen äiti riippumatta siitä, kumpi vanhemmista sairasti psykoosia. Yksi tapausperhe (10) ja yksi verrokkiperhe (5) haastateltiin perheen toivomuksesta sairaalan tiloissa. Kaikki muut perheet haastateltiin kotona. Perheitä tavattiin kahdesta seitsemään kertaa. Yhtätoista tapausperhettä tavattiin kolme kertaa,

yhtä neljä kertaa, kahta viisi kertaa ja yhtä seitsemän kertaa. Mitä parempi perheen toimintakyky oli, sitä vähemmän tutkimuskertoja tarvittiin. Joidenkin perheiden kohdalla oli haaste saada kaikki perheenjäsenet yhteen tai pysymään yhdessä videoitavaa kuvausta varten. Kaikki tapausperheet saivat palautetta. Verrokkiperheistä seitsemää tavattiin vain kaksi kertaa. Nämä perheet eivät halunneet erityistä palautetta. Kahdeksaa perhettä tavattiin kolme kertaa ja kolmas tapaamiskerta oli palautteen antamista varten.

Yhdessä perheessä psykoosi oli puhjennut edeltävän puolen vuoden kuluessa. Muissa perheissä psykoosidiagnoosi oli asetettu 1-23 vuotta ennen tutkimuksen alkua (mediaani 13 vuotta, kvartiiliväli 18 vuotta). Kymmenessä perheessä vanhemmat olivat avio- tai avoliitossa keskenään. Kolmessa perheessä vanhemmat olivat eronneet ja näissä perheissä isä oli erittäin vähän mukana lapsen elämässä. Yksi isä kuoli kesken tutkimusprosessin. Kahdessa perheessä oli menossa avioero.

Tapausperheissä vanhempien diagnoosit jakautuivat seuraavasti: harhaluuloisuus-häiriö 4, kaksisuuntainen mielialahäiriö 3, skitsofrenia 2, ja yhdellä vanhemmalla oli jokin seuraavista häiriöistä: skitsoaffektiivinen häiriö, psykoottinen masennus, skitsofrenia ja alkoholiriippuvuus, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja alkoholiriippuvuus, elimellispohjainen skitsofreenistyyppinen häiriö. Yhden verrokkiperheen vanhemmalla oli ollut hoitoa vaativa päihdeongelma, josta hän oli toipunut yli 10 vuotta ennen tutkimuksen ajankohtaa. Muuta merkittävää sairautta ei verrokkiperheiden vanhemmilla todettu.

Kussakin tapausperheessä oli 1-3 lasta ja verrokkiperheessä 1-4 lasta. Tapausperheissä oli yhteensä 30 lasta ja verrokkiperheissä yhteensä 42 lasta. Ensimmäisen ja toisen lapsen ikäjakaumissa ei ollut eroa tutkimusryhmien välillä (tapausperheet 1. lapsi mediaani = 11.0, kvartiiliväli = 6.0 vs. verrokkiperheet 1. lapsi mediaani = 13.0, kvartiiliväli = 6.0, $p = 0.23$; tapausperheet 2. lapsi mediaani = 7.0, kvartiiliväli = 4.5 vs. verrokkiperheet 2. lapsi mediaani = 11.5, kvartiiliväli = 4, $p = 0.30$). Ensimmäisen ja toisen lapsen sukupuolijakaumissa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa tutkimusryhmien välillä (1. lapsi: $p = 0.72$, 2. lapsi: $p = 0.82$).

Aineiston tarkempi kuvaus on esitetty erillisinä tapausselostuksina liitteessä 6.

4.2 Eettiset näkökohdat

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta antoi tutkimussuunnitelmasta puoltavan lausunnon (1.12.1998, ETL 98208). Kaikki tutkimukseen osallistuneet perheenjäsenet saivat tiedotteen ja antoivat kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisestaan (liite 5). Alle 12-vuotiaiden lasten puolesta suostumuksen tutkimukseen antoivat heidän vanhempansa.

4.3 Menetelmät

4.3.1 Tutkimushaastattelut ja videointi

Perheitä tutkittiin kartoittamalla aluksi mahdollisia ajankohtaisia merkittäviä tapahtumia, joista oli tarpeen keskustella. Kaikissa perheissä tutkijoina olivat Päivi Kiviniemi ja Elina Haapaniemi (aikaisemmin Koivisto).

Tavoitteena oli haastatella kaikki perheet kotona. Ensimmäiselle haastattelukerralle kutsuttiin mukaan molemmat vanhemmat. Ennen varsinaista videoitavaa tutkimushaastattelua perheestä pyrittiin saamaan kattavasti sellaista tietoa, joka kertoisi perheen vuorovaikutusmaailmasta (Wynne ym. 2006A, B). Keskustelun pohjana käytettiin tarkistuslistaa, jonka tutkijat itse olivat laatineet. Indeksivanhemman sairaus tarkennettiin tarvittaessa WHO:n SCAN-haastattelun avulla, tarkistettiin hänen sairautensa kulku, sairautta edeltävä ja edeltävän vuoden kehitys, käytössä oleva lääkitys, puolison mahdollinen sairaustilanne ja työssäolo, sukupuoli isovanhempiin asti, perheen historian mahdolliset traumaattiset tapahtumat, lapsen riskitekijät ja suojelevat tekijät, lasten historia, onko kukaan työntekijä koskaan kiinnittänyt huomiota lapsiin, kuka tietää vanhemman sairaudesta, verkostokartta, lapsen perhepiirustus. Suunnitelmana oli tavata perhettä yhteensä kolme kertaa.

Kartoittavan haastattelun jälkeen käytiin Beardsleen mallin mukainen keskustelu. Tavoitteena oli kaikkien perheenjäsenen läsnäolo tässä tilaisuudessa (Beardslee ym. 1998, 2003). Tässä perhehaastattelussa noudatettiin professori William Beardsleen depressiivisten vanhempien perheitä varten kehittämää semistrukturoitua mallia (Beardslee ym. 1998, 2003). Siinä on neljä aihepiiriä, jotka käytiin läpi noin tunnissa: 1) miten perhe keskustelee vanhemman psykoosisairaudesta (verrokkiperheissä miten perhe keskustelee sitä kohdanneesta vaikeasta tai odottamattomasta asiasta), 2)

miten ja millaisia tunteita perheessä ilmaistaan, 3) kuinka perheen arki sujuu ja 4) millainen verkosto perheellä ja sen yksittäisillä jäsenillä on.

Tämä haastattelu videoitiin ja perheen vuorovaikutusta arvioitiin kolmella arviointiasteikolla, Oulun PerheArvioSkaalalla (OPAS), Olsonin ympyrämallilla ja DSM-IV:n Global Assessment of Relational Functioning (GARF) –asteikolla. Lisäksi perheiden yleisvaikutelmaa, lähinnä vuorovaikutusta, rakennetta ja tunneilmastoa arvioitiin kliinisen perheterapeuttisen kokemuksen perusteella. Tämän luokittelun perusteet on kuvattu liitteessä 4. Arvioinnin pohjana käytettiin videoinnin lisäksi muulla tavalla perheestä saatua tietoa, lähinnä ensimmäisellä haastattelukerralla kertynyttä tietoa. Kolmannella kerralla keskusteltiin tutkimuksen perheessä herättämistä aiheista ja annettiin perheelle palautetta, jos perhe niin toivoi.

4.3.2 Arviointiasteikkojen pisteytys ja kliininen luokitus

Ensimmäinen, alustava kliininen arvio perheistä tehtiin tutkijoiden Päivi Kiviniemen ja Elina Haapaniemen kesken heti perhehaastattelun päätyttyä. Välittömästi perhehaastattelun jälkeen tutkijat keskustelivat havainnoistaan pyrkien tunnistamaan teemoja ja vaikutelmia, joita perhe oli herättänyt. Keskustelussa käsiteltiin kaikkea perheestä kertynyttä aineistoa pyrkien tunnistamaan myös perheen tutkijoissa herättämät vastatunteet. Nämä tunteet osoittautuivat voimakkaiksi heti tutkimuksen jälkeen ja laimenivat, vaikkakin säilyivät jopa vuosien kuluttua tallenteita katsellessa. Tämän jälkeen kirjoittaja (EH) teki perhevuorovaikutuksen arvioinnin perusteella alustavan pisteytyksen kaikkien kolmen arviointiasteikon suhteen. Perhevuorovaikutuksen arviointi on aina jossain määrin subjektiivista, mistä syystä arvioinnit tehtiin neljänä eri ajankohtana ja eri kokoonpanoissa. Näin menetellen pyrittiin arviointien luotettavuuteen. Arviointiasteikkojen lopullista pisteytystä varten tallenteita katsottiin ja arvioitiin yhteisesti tämän jälkeen kolme kertaa eri kokoonpanoissa perheiden ensimmäisen arvioinnin jälkeen. Yhteisesti arvioivat tapausperheitä vuonna 2000 Kiviniemi, Haapaniemi ja Lehtinen, vuonna 2008 kaikkia perheitä Kiviniemi ja Haapaniemi sekä vuonna 2015 kaikkia perheitä Lehtinen ja Haapaniemi. Näissä tilanteissa lähtökohdana oli tutkija Haapaniemen tekemä alustava arviointiasteikkojen pisteytys, jota hän itse muokkasi kaikkien käytyjen keskustelujen ja niistä syntyneen konsensuksen jälkeen. Näin ollen arviointiasteikkojen lopullinen pisteytys on tehty vuonna 2015.

Perheiden kliinistä luokitusta varten perheiden toimivuutta arvioitiin aluksi kaksiluokkaisena, mutta edellä kuvattujen toistuvien arviointien perusteella luokitus

tarkentui neliluokkaiseksi. Kunkin perheen lopullinen kliininen luokitus tehtiin kaikkien kolmen tutkijan yhteisellä konsensuspäätöksellä.

4.3.3 Oulun perhearviointiskaala (OPAS)

OPAS (Käsikirja V.1.0 1997) on kehitetty Oulun adoptiolapsitutkimusta varten pääosin Beaversin perhearvioskaalan pohjalta, kun on haluttu selvittää perimän ja perhevuorovaikutuksen yhteyksiä skitsofreniaryhmän häiriöiden synnyssä (Beavers 1990, Wahlberg ym. 1997, Tienari ym. 2004, 2005, 2006, Wynne ym. 2006A, B).

OPAS koostuu 33 kysymyksestä, jotka on faktorianalyysin perusteella ryhmitelty aiemmin seitsemään (Käsikirja V.1.0 1997) ja myöhemmin viiteen faktoriin (Tienari ym. 2005). Ne ovat Faktori 1: "Perheen kriittinen, vahingollinen toimintatapa", Faktori 2: "Perheen kapeutuneisuus ja henkinen pahoinvointi", Faktori 3: "Etääntyminen", Faktori 4: "Kietoutuneisuus" ja Faktori 5: "Kaoottinen, erilaistumaton toiminta" (faktoreiden suomennot tutkijan). Arvio kussakin yksittäisessä kysymyksessä on viisiportainen. Arvo 1 merkitsee terveyttä ja 5 vaikeaa häiriötä. Perhe-elämän keskeiset ulottuvuudet, rakenne, kiintymys, ilmapiiri, kommunikaatio sekä arvot ja toimintakyky tulevat tässä kattavasti arvioiduiksi (Tienari ym. 2004, Tienari ym. 2006).

OPAS-skaalan arvioijien välistä luotettavuutta on tutkittu kahdessa erillisessä tutkimuksessa. Neljän arvioivan psykiatrin keskinäisiä tuloksia vertailtaessa todettiin, että alfabetoimen keskiarvo kaikkien kohtien osalta oli 0.57 (vaihteluväli 0.15-0.82). Toisessa, yhden psykologin ja yhden psykiatrin tutkimuksessa alfabetoimen keskiarvo oli 0.59 (vaihteluväli 0.19-0.86) (Tienari ym. 2005). OPAS on kehitetty adoptiolapsitutkimusta varten kotikäynneillä tehtyjen arviointien perusteella. Tekijät katsoivat, että kotiolloissa nonverbaalinen vuorovaikutus, erityisesti läheisyys ja etäisyys, on havainnoitavissa selvemmin ja paljaammin kuin sairaalaolosuhteissa (Tienari ym. 2005).

Tässä tutkimuksessa tutkija EH suoritti itsenäisesti kaikki OPAS-arvioinnit (vrt. s. 47) ja lopullinen pisteytys tehtiin ryhmäkonsensuksen perusteella (EH, PK ja KL).

Tämä tutkimus on tehty käyttäen käsikirjaa V.1.0 (1997), mutta tulokset on käsitelty Tienarin ym. vuonna 2005 julkaiseman uudemman, viisisiaisen faktoriansityksen pohjalta. Faktoriansitykset on koottu alla olevaan taulukkoon 1 ja niiden tarkempi selitys on liitteessä 1.

Taulukko 1. Taulukko 1. OPAS-arviointiasteikon viisi faktoria.

Faktori	Faktorin sisältämät osiot
Faktori 1: Perheen kriittinen, vahingollinen toimintatapa	Tunneilmasto: korostunut, räjähtävä, Kriitikki, Toisten huomioonottaminen, Triangulaatio, Empatia, Turvallisuus perheessä, Konflikti, vanhempi-vanhempi, Joustavuus, Konflikti, vanhempi-lapsi, Ahdistuneisuus, näkyvä, Ilmaistu tyytyväisyys, Delegaatio, Kommunikaatio, diskvalifikaatio, Perheen arvot ja traditiot sekä Sitominen
Faktori 2: Perheen kapeutuneisuus ja henkinen pahoinvointi	Tunneilmasto: köyhyys, Tunteiden ilmaisun kirjo, Kommunikaatio, köyhyys, Energia ja vitaliteetti, Perheen käsitys itsestään vs. haastattelijan, Tunnelma, Huumorintaju, Selviytyminen perheen käytännön tehtävistä sekä Hierarkia, jäykkä rakenne
Faktori 3: Etääntyminen	Sukupolvien rajat, isolaatio, Yksilöiden rajat, isolaatio, Karkottaminen ja Rajat ulkomaailmaan korostuneet
Faktori 4: Kietoutuneisuus	Yksilöiden rajat, kietoutuneisuus ja Sukupolvien rajat, kietoutuneisuus
Faktori 5: Kaoottinen, erilaisumaton toiminta	Hierarkia, kaoottinen rakenne, Kommunikaatio, amorfisuus ja Rajat ulkomaailmaan, puute

4.3.4 Olsonin ympyrämalli

Olsonin ympyrämalli (Olson 1991, Thomas ja Olson 1994, Thomas ja Ozechowski 2000, Olson 2011) kuvaa perhevuorovaikutusta emotionaalisen yhteenkuuluvuuden (koheesion) ja joustavuuden osalta käyräviivaisesti (circumplex) niin, että keskimmäiset arvot 3-7 kuvaavat perheen tasapainoista ja äärimmäiset arvot 1-2 ja 7-8 epätasapainoista toimintaa. Kommunikaatiota asteikko kuvaa suoraviivaisesti (lineaarisesti) arvoin 1-6. Koheesio määritellään emotionaalisena sitoutumisena perheenjäsenten kesken. Joustavuudessa on kyseessä johtajuuden ja organisaation laatu, roolien suhteet ja niistä neuvottelemineen. Aiemmin se määriteltiin muutoksen määränä perheen johtajuudessa ja rooleissa. Kommunikaatio on määritelty positiivisina kommunikaatiotaitoina, joita perheessä on käytössä. Kommunikaatiota pidetään yhteenkuuluvuutta ja joustavuutta helpottavana tekijänä (Olson 1986). Tässä tutkimuksessa asteikkoa analysoitiin sekä lineaarisella mallilla (kommunikaatio) että ympyrämallilla (koheesio ja joustavuus), jolloin normaalit arvot yhdistettiin luvuksi 0 ja patologiset luvuksi 1. Ympyrämallia voidaan soveltaa kyselynä (Family Adaptation and Cohesion Evaluation Scales, FACES) tai arviointiasteikkona (Clinical Rating Scale, CRS), kuten tässä tutkimuksessa on tehty.

Olsonin ympyrämallin luotettavuus on todettu useissa tutkimuksissa (Olson 1986). Sekä sisäinen konsistenssi että test-retest -reliabiliteetti on korkea ($r = 0.80$). Olsonin asteikkojen on myös todettu kykenevän erottelemaan häiriintyneet ja toimivat perheet toisistaan. Tässä tutkimuksessa Olsonin asteikon sisäisen koherenssin arvioimiseksi kaikille kolmelle alaosiolle laskettiin Cronbachin alfakerroin, joka oli koheesiolle (6 kysymystä) 0.90, joustavuudelle (5 kysymystä) 0,96 ja kommunikaatiolle (9 kysymystä) 0.95.

Liitteessä 2 on asteikon tarkempi kuvaus.

4.3.5 Global Assessment of Relational Functioning (GARF)

GARF on DSM-IV:n akseli V:een kuuluva kolmidimensioinen lineaarinen asteikko, jossa mitataan perheen ongelmanratkaisukykyä, rakennetta ja tunneilmastoa lukuarvoilla 1-100 (Group for the Advancement of Psychiatry 1996, Dausch ym. 1996). Tässä tutkimuksessa kullekin kolmesta osa-asteikosta on pisteytetty oma arvionsa eli yhdelle perheelle annettiin kolme pisteytystä.

GARF ryhmitellään viiteen luokkaan eli kvintiliin 20 pisteen välein seuraavasti: 81-100 merkitsee tyydyttävää tasoa, 61-80 jossain määrin epätydyttävää, tasolla 41-60 jo epätydyttävät suhteet pyrkivät vallitsemaan, 21-40 merkitsee vakavaa

häiriintyneisyyttä ja 1-20 on niin huonoa, ettei jatkuvuutta ja yhdessäoloa voida turvata. Hay ym. (2003) toteaa, että GARF saattaa olla käyttökelpoinen sekä kliinisessä käytössä että tutkimuskäytössä. Liitteessä 3 on asteikon tarkempi kuvaus.

4.3.6 Kliininen vaikutelma

Kolme ammattihenkilöä, jotka kaikki olivat perheterapeutteja (EH, PK ja KL), arvioivat perheitä kliinisen vaikutelman mukaan. He luokittelivat perheet neljään ryhmään, joista (1) on hyvin toimiva, (2) kohtuullisen hyvin toimiva, (3) selvästi oireileva ja (4) huonosti voiva. Hyvin toimivassa perheessä (1) vuorovaikutus ja toiminta vaikuttavat tavanomaisilta ja vanhemman sairaus on lievä tai sen hoito hyvä ja vakiintunut eikä vanhemman sairaus ole perhettä eniten määrittävä tekijä. Kohtuullisen hyvin toimivassa perheessä (2) vanhemman sairaus on ilmeinen ja perheen vuorovaikutuksessa esillä, mutta samalla perheen ilmapiirissä ja toiminnassa on paljon terveitä ja toimivia puolia. Ilmapiirissä saattaa kuitenkin olla myös surua ja masennusta, hämmennystä ja syyttelyä, väsymistä ja oman tilan etsimistä. Selvästi oireilevissa perheissä (3) vanhemman sairaus on perheen vuorovaikutuksessa selvästi esillä, mutta monet perheen toiminnot ja ominaisuudet ovat edelleen normaaleiksi luokiteltavissa, joskin perheessä saattaa olla samalla outoja käyttäytymiskuvioita. Lapset käyvät koulua ja harrastavat. Perheen ruoka-ajat ovat usein suhteellisen säännölliset. Näissä perheissä vanhemman sairaus on selvästi vaikeampi kuin edellisissä ryhmissä. Huonosti toimivissa perheissä (4) vanhemman sairaus on läsnä kaikilla elämänalueilla, perheen toiminta on kaoottista, ja jokainen perheenjäsen voi huonosti.

Vanhemman sairauden katsottiin määrittävän perheen vuorovaikutusta esimerkiksi silloin, kun perheen arkipäivän asiat käsiteltiin sairastavan vanhemman mentyä nukkumaan. Hänen valvoessaan ei tärkeistä, puolisoa ja lapsia koskevista asioista keskusteltu. Toinen esimerkki on, että paranoidinen vanhempi saattoi lapset harrastuksiin, vaikka lasten ikä ei enää sitä olisi edellyttänyt tai asuinalue oli tavanomaisen turvallinen. Vanhempi itse oli paranoidisen pelokas ja hänen paranoiansa mukaan perheessä toimittiin. Jos perheessä oli tilaa keskustella muistakin, puolisoa ja lapsia koskevista asioista, vanhemman sairaus ei ollut ainoa perhettä määrittävä tekijä. Elämä jatkui monella saralla vanhemman sairaudesta huolimatta tavalliseen tapaan.

Kliinistä vaikutelmaa verrattiin GARF-arviointiasteikosta saatuihin pisteisiin, jotta saataisiin käsitys, miten kliininen, kokemukseen perustuva vaikutelma vastaa arviointiasteikon pisteytyksestä saatua tulosta.

4.3.7 Nonverbaalin vuorovaikutuksen tutkimus

Lääketieteen opiskelijat LK Leea Oikarainen ja LK Hilla Sivula tutkivat kaikki 30 (15 + 15) perhetallennetta ilman ääntä (Oikarainen ja Sivula 2014). Heidän tehtävänään oli arvioida perhevuorovaikutusta senhetkisen kokemuksen ja lääketieteen lisensiaatin tutkintoon sisältyvän aikuis-, nuoriso- ja lastenpsykiatrian kurssien antamien valmiuksien perusteella. Mm. arviointiin liittyvä terminologia heidän tuli kehittää itse. Tarkoituksena oli selvittää, voiko tapausperheen tunnistaa nonverbaalin vuorovaikutuksen perusteella esimerkiksi tavallisella terveyskeskusvastaanotolla. Heidän yhteisille arvioinneilleen laskettiin kokonaisosuvuus kummassakin tutkimusryhmässä erikseen. Lopuksi kävimme läpi kaikki perheet ja tutkijat saivat tietää, kuinka tarkkaan he olivat osuneet arvioinneissaan.

Taulukkoon 2 on koottu tutkittavat perhevuorovaikutukseen liittyvät tutkimuksessa tarkasteltavat ilmiöt ja näitä koskevat arviointiasteikot.

Taulukko 2. Tutkimuksessa käytetyt perhevuorovaikutuksen arviointiasteikot

Perhevuorovaikutus	Osa-alue	OPAS	OLSON	GARF
Rakenne	Jäykkä rakenne	+	+	+
	Kaoottinen rakenne	+	+	+
Rajat	Sukupolvien rajat	+	+	+
	Yksilöiden rajat	+	+	+
	Rajat ulkomaailmaan	+	+	+
Kommunikaatio	Empatia	+	+	+
	Köyhtynyt, amorfinen, diskvalifioiva	+		
	Konfliktit	+		+
	Toisten huomioon ottaminen	+	+	
	Kritiikki	+		
	Omasta/toisen puolesta puhuminen		+	
Päivittäiset toiminnot	Turvallisuus	+		+
	Käytännön tehtävistä suoriutuminen	+		+
	Energia	+		
Koheesio	Koheesio		+	
	Etääntyminen	+	+	
	Kietoutuneisuus	+	+	
Joustavuus	Jäykkä	+	+	+
	Kaoottinen	+	+	+
Ongelmanratkaisu				+
Tunneilmasto	Affektit	+		+
	Ahdistuneisuus	+		
	Tunteiden ilmaisun kirjo	+		+
	Tunneilmasto: korostunut, räjähtävä vs. köyhyys	+		+
	Tunnelma	+		+
	Ilmaistu tyytyväisyys	+		

4.4 Tilastolliset menetelmät

Jatkuvien muuttujien jakaumien normaalius tarkistettiin QQ-kuvaajien avulla siten, että kunkin muuttujan jakauman muotoa verrattiin normaalijakaumaan analysoimalla yksittäisten havaintojen standardoitua poikkeamaa. Havaintojen poikkeama $< \pm 1$ keskihajontaa tulkittiin normaalijakaumaksi. OPAS-skaalan faktoripisteiden ja GARF-osoiden pistemääriä analysoitiin psykoosi- ja verrokkiperheiden välillä sekä GARF-osoiden pistemääriä kaksiluokkaisen toimintakykyarvion mukaan (hyvin tai kohtuullisen hyvin toimivat vs. selvästi oireilevat tai huonosti voivat) riippumattomien otosten t-testillä. Vaikutuksen suuruus tutkimusryhmien välillä analysoitiin käyttäen Cohenin d-arvoa.

Järjestysasteikollisille muuttujille laskettiin mediaanijakaumat. OPAS-skaalan yksittäisten osioiden sekä Olsonin asteikon kommunikaatio-osion pistemääriä tutkimusryhmien välillä analysoitiin Mann-Whitneyn U-testillä. Olsonin asteikon ympyrämalliosoiden (koheesio ja joustavuus) frekvenssijakaumia verrattiin tutkimusryhmien (pisteet 1-2 ja 7-8 vs. pisteet 3-6) välillä khi-neliötestillä. Olsonin asteikon osioiden (koheesio, joustavuus ja kommunikaatio) reliabiliteetti laskettiin Cronbachin alfa-kertoimen avulla.

Nonverbaalin kommunikaation perusteella tehdyn arvion osuvuus perheen kuulumisesta tutkimus- tai verrokkiryhmään analysoitiin khi-neliötestillä. Vanhemman psykoosidiagnoosin mukaisen ryhmän (skitsofreniaryhmä vs. affektiivinen psykoosi) yhteyttä perheen kliiniseen vaikutelmaan analysoitiin khi-neliötestillä.

Tilastollisen merkitsevyyden raja-arvona käytettiin $p < 0.05$, paitsi OPAS-arviointiasteikon erillisten osioiden tutkimusryhmien välisissä analyyseissa käytettiin Bonferronin korjausta jakamalla tilastollisen merkitsevyyden raja-arvo tehtyjen analyyseiden lukumäärällä ($p \leq 0.0015$). Kaikki tilastolliset analyysit suoritettiin SPSS-ohjelmalla (versio 25, IBM Inc., Armonk, New York, USA).

5 TULOKSET

5.1 OPAS-faktoreiden väliset erot tutkimusryhmissä

Tapaus- ja verrokkiperheet erosivat toisistaan kaikkien viiden OPAS-faktorin suhteen. Tapausperheissä oli verrokkiperheitä enemmän kriittistä, vahingollista toimintatapaa ja tapausperheet olivat kapeutuneempia ja enemmän henkisesti pahoinvoivia kuin verrokkiperheet. Lisäksi tapausperheissä esiintyi verrokkiperheitä enemmän keskinäistä etääntymistä ja kietoutuneisuutta sekä kaoottista, erilaistumatonta toimintatapaa (Taulukko 3).

Taulukko 3. Oulun PerheArvioSkaala, OPAS: faktoripistemäärät tapaus- ja verrokkiperheissä, keskiarvot ja keskihajonnat. Asteikolla 1 = terve, 5 = häiriintynyt.

Faktori	Tapauserheet		Verrokkiperheet		p	d
	Keski-arvo	Keski-hajonta	Keski-arvo	Keski-hajonta		
Faktori 1: Perheen kriittinen, vahingollinen toimintatapa	35.1	7.7	20.2	6.2	<0.001	1.5
Faktori 2: Perheen kapeutuneisuus ja henkinen pahoinvointi	23.9	5.4	14.6	5.2	<0.001	1.3
Faktori 3: Etääntyminen	6.5	2.3	4.6	1.1	0.009	1.0
Faktori 4: Kietoutuneisuus	3.4	1.6	2.2	0.8	0.019	0.9
Faktori 5: Kaoottinen, erilaistumaton toiminta	5.5	2.6	3.3	0.6	0.006	0.9

5.2 Perheiden rakenne ja rajat

OPAS-asteikon tulosten perusteella tapausperheiden rakenne oli hierarkialtaan kaoottisempi kuin verrokkiperheiden ($p=0.01$), mutta rakenteen jäykkyyden suhteen eroa perheryhmien välille ei tullut. Tapausperheet olivat samalla sekä etäännyneempiä että kietoutuneempia kuin verrokkiperheet OPAS-faktoreiden mukaan tarkasteltuna ja ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p=0.009$ ja 0.019). Toisaalta yksittäisten etäännymistä ja kietoutuneisuutta kuvaavien kysymysten suhteen (sukupolvien rajat isolaatio, yksilöiden rajat isolaatio, rajat ulkomaailmaan korostuneet, yksilöiden rajat kietoutuneisuus, sukupolvien rajat kietoutuneisuus) tilastollisesti merkitsevää eroa ei tullut. Olsonin asteikolla mitattuna perheen rajat ulkomaailmaan erosivat merkitsevästi tapaus- ja verrokkiperheiden välillä siten, että tapausperheissä esiintyi verrokkiperheitä useammin joko liian tiukkoja tai liian väljiä rajoja ($p=0.014$). OPAS-asteikon mukaanhan vastaavassa kysymyksessä tilastollisesti merkitsevää eroa ei perheryhmien välille tullut. GARF-asteikolla saaduissa tuloksissa tapausperheiden rakenne oli toimimattomampi kuin verrokkiperheiden $p:n$ arvolla <0.0014 , ryhmien välisen eron vaikutuskoko $d=1.09$ (taulukot 4 ja 5).

5.3 Perheiden kommunikaatio ja tunneilmasto

OPAS-asteikolla arvioituna tapausperheissä oli enemmän kritiikkiä ($p=0.001$), vähemmän toisten huomioon ottamista ($p<0.001$) ja empatiaa ($p<0.001$) sekä enemmän vanhempien ja lasten välisiä konflikteja kuin verrokkiperheissä ($p=0.001$). Vanhempien välisen konfliktin suhteen eroa perheryhmien välillä ei todettu. Tapausperheiden tunneilmasto ($p=0.001$), tunteiden ilmaisun kirjo ($p=0.001$) ja kommunikaatio ($p=0.012$) oli köyhempää ja tunnelma negatiivisempi ($p=0.001$) kuin verrokkiperheiden. Tapausperheet olivat vähemmän tyytyväisiä itseensä kuin verrokkiperheet ($p=0.001$). Kommunikaation diskvalifikaation suhteen perheryhmien välillä eroa ei ollut. Ahdistuneisuutta oli enemmän näkyvissä tapaus- kuin verrokkiperheissä ($p=0.001$, taulukko 4). Olsonin arviointiasteikon mukaan tapausperheiden kommunikaatio oli sisällöllisesti vähemmän jatkuvaa ($p=0.007$), kunnioitus toista puhujaa kohtaan vähäisempää ($p=0.004$) ja puhe oli vähemmän selkeää ($p=0.005$) kuin verrokkiperheissä. Kuuntelijan taidoista empatiaa oli tapausperheissä vähemmän kuin verrokkiperheissä ($p=0.002$), samoin toisen huomioon ottamista ($p=0.006$).

Puhujan taidoista omasta puolesta puhumista oli tapausperheissä vähemmän kuin verrokkiperheissä ($p=0.018$). Kaikissa näissä osioissa saadut tulokset kuvastavat tilastollisesti merkitsevästi tapausperheiden verrokkiperheitä huonompaa kommunikaatiota (tapausperheet mediaani 2-3, verrokkiperheet mediaani 4-5). GARF:n mukaan tapausperheiden tunneilmasto oli vähemmän tyydyttävä kuin verrokkiperheiden ja ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p<0.0001$). Ryhmien välisen eron vaikutuskoko oli suuri ($d=1.53$; taulukko 5).

5.4 Perheiden koheesio ja joustavuus

OPAS:n mukaan tapausperheissä oli vähemmän joustavuutta kuin verrokkiperheissä ($p=0.001$). Etääntymisen tai kietoutuneisuuden suhteen ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja perheryhmien välillä yksittäisiä kysymyksiä tarkastelemalla, mutta fakto-reittain kyllä, etääntyminen ($p=0.009$) ja kietoutuneisuus ($p=0.019$, faktorit 3 ja 4, taulukot 3 ja 4). Perheiden koheesiota ja joustavuutta mitattiin tutkimusaineistossa Olsonin asteikon kahdella osiolla. Tapausperheiden koheesio oli vähäisempää kuin verrokkiperheiden. Tämä näkyi siten, että emotionaalinen sitoutuminen ($p=0.031$), parisuhde ($p=0.01$) ja perheen rajat ulkomaailmaan ($p=0.014$) erosivat merkitsevästi tapaus- ja verrokkiperheiden välillä. Joustavuuskysymyksessä 4 oli tilastollinen ero siten että tapausperheissä perheen roolit olivat verrokkiperheitä epäselvemmät ($p=0.046$; taulukko 5).

5.5 Perheiden ongelmanratkaisu ja päivittäiset toiminnot

OPAS:n mukaan tapausperheissä oli vähemmän energiaa ($p<0.001$) ja turvallisuutta ($p<0.001$) ja selviytyminen perheen käytännön tehtävistä huonompaa ($p<0.001$) kuin verrokkiperheissä (taulukko 4). Perheiden ongelmanratkaisukykyä arvioitiin erityisesti GARF:in avulla. Tapausperheiden ongelmanratkaisukyky oli heikompi kuin verrokkiperheiden ($p<0.001$, $d=1.36$; taulukko 5).

Taulukko 4. Rakenne, rajat, kommunikaatio, päivittäiset toiminnot, koheesio, joustavuus, ongelmanratkaisu ja tunneilmasto Oulun PerheArvioSkaala (OPAS) -arviointiaskeikon perusteella tapaus- ja verokkiperheissä, mediaanit ja kvartiilivälit.

Perhevuorovaikutuksen ulottuvuus	OPAS-asteikon kysymys	Tapausperheet (N=15)		Verrokkit (N=15)		p
		Mediaani	Kvar-tiiliväli	Mediaani	Kvar-tiiliväli	
	Faktori 1: Perheen kriittinen, vahingollinen toimintatapa					
Tunneilmasto (affektit)	Tunneilmasto: korostunut, räjähtävä	1	0	1	0	1.0
Kommunikaatio	Kritiikki	2	1	1	0	0.001
Kommunikaatio	Toisten huomioonottaminen	3	1	1	1	<0.001
Kommunikaatio	Empatia	3	1	2	2	<0.001
Päivittäiset toiminnot	Turvallisuus perheessä	3	1	1	1	<0.001
Kommunikaatio	Konflikti, vanhempi-vanhempi	4	2	1	1	0.002
Joustavuus	Joustavuus	3	2	1	1	0.001
Kommunikaatio	Konflikti, vanhempi-lapsi	2	2	1		0.001
Tunneilmasto	Ahdistuneisuus, näkyvä	2	1	1	1	0.001
Tunneilmasto	Ilmaistu tyytyväisyys	3	1	1	0	0.001
Kommunikaatio	Kommunikaatio, diskvalifikaatio	2	2	1	1	0.006

Taulukko 4. (jatkoa)

Perhevuorovaikutuksen ulottuvuus	OPAS-asteikon kysymys	Tapauserheet (N=15)		Verrokki (N=15)		p
		Medi- aani	Kvar- tiiliväli	Medi- aani	Kvar- tiiliväli	
	Faktori 2: Perheen kapeutuneisuus ja henkinen pahoinvointi					
Tunnelimasto	Tunnelimasto: köyhyys	3	2	1	1	0.001
Tunnelimasto	Tunteiden ilmaisen kirjo	3	1	2	2	0.001
Kommunikaatio	Kommunikaatio: köyhyys	3	1	2	3	0.012
Päivittäiset toiminnot	Energia ja vitaliteetti	3	1	1	0	<0.001
Tunnelimasto	Tunnelma	4	2	1	1	0.001
Päivittäiset toiminnot	Selviytyminen perheen käytännön tehtävistä	2	1	1	0	<0.001
Rakenne	Hierarkia, jäykkä rakenne	1	2	2	2	0.59
	Faktori 3: Etäytyminen					
Rajat	Sukupolvien rajat, isolaatio	1	0	1	0	0.036
Rajat	Yksilöiden rajat, isolaatio	2	2	1	0	0.074
Rajat	Rajat ulkomaailmaan korostu-neet	1	1	1	0	0.20

Taulukko 4. (jatkoa)

Perhevuorovaikutuksen ulottuvuus	OPAS-asteikon kysymys	Tapauserheet (N=15)		Verrokki (N=15)		p
		Medi- aani	Kvar- tiiliväli	Medi- aani	Kvar- tiiliväli	
	Faktori 4: Kietoutuneisuus					
Rajat	Yksilöiden rajat, kietoutuneisuus	1	0	1	0	0.33
Rajat	Sukupolvien rajat, kietoutuneisuus	2	2	1	0	0.004
	Faktori 5: Kaoottinen, erilaistumaton toiminta					
Rakenne	Hierarkia, kaoottinen rakenne	2	2	1	0	0.001
Kommunikaatio	Kommunikaatio, amorfisuus	2	2	1	0	0.015
Rajat	Rajat ulkomaailmaan, puute	1	1	1	0	0.30

Taulukko 5. Global Assessment of Relational Functioning: muuttujat psykoosi- ja verrokkiperheissä, keskiarvot (KA), standardideviaatiot (SD) ja efektikoot (ES). Pisteytys: 1 => 100, 1 = äärimmäisen huonosti toimiva, 100 = erinomaisesti toimiva.

	Perheet					
	Tapauserheet (N=15)		Verrokkiperheet (N=15)		p	ES
GARF-muuttujat	KA	SD	KA	SD		
Ongelmanratkaisu	61.7	15.2	84.3	8.2	<0.001	1.36
Rakenne	66.7	16.8	84.0	8.9	0.0014	1.09
Tunneilmasto	51.0	13.4	81.0	11.5	<0.001	1.53

5.6 Tapauserheiden luokittelu kliinisen vaikutelman mukaan ja vertailu GARF-asteikon kanssa

Kliinisen vaikutelman mukaan tapausperheet ryhmiteltiin neljäksi luokaksi: 1) hyvin toimiva, 2) kohtuullisen hyvin toimiva, 3) selvästi oireileva ja 4) huonosti voiva. Tutkijoiden luokittelemaa kliinistä vaikutelmaa verrattiin GARF-arviointiasteikon kuvauksiin yhdistämällä perheet kahteen ryhmään toimintakyvyn mukaan (1= hyvin tai kohtuullisen hyvin toimivat, 2=selvästi oireilevat tai huonosti voivat). Kaikkien kolmen GARF-osioden keskiarvot (\pm keskihajonnat) erosivat ryhmien välillä merkitsevästi (GARF: ongelman ratkaisu, 72.2 ± 8.7 vs. 45.8 ± 4.9 ; $p < 0.001$ GARF: rakenne 76.1 ± 12.0 vs. 52.5 ± 12.6 ; $p = 0.003$ ja GARF: tunneilmasto 57.2 ± 13.0 vs. 41.7 ± 7.5 ; $p = 0.021$). Kliininen vaikutelma ja GARF:n tulokset olivat siis samansuuntaiset eli terveemmät tapausperheet voitiin erottaa huonommin toimivista. Kahdessa huonoimmin voivassa tapausperheessä vanhemmalla oli joko skitsofreniaryhmän sairaus tai muu vaikea non-affektiivinen psykoosi sekä myös oireileva puoliso.

5.7 Nonverbaali vuorovaikutus perheissä

Lääketieteen kandidaatit Oikarainen ja Sivula sijoittivat perheet yhdessä 87% osuvuudella oikeisiin ryhmiin (Taulukko 6).

Taulukko 6. Nonverbaalin vuorovaikutuksen perusteella arvioitu perheiden kuuluminen joko tutkimus- tai verrokkiryhmään kahden arvioitsijan välillä

	Tapauserheet n(%)	Verrokkierheet n(%)
Arvioitu yksimielisesti tapausperheeksi	12 (80)	1 (6.7)
Arvioitu yksimielisesti verrokkierheeksi	1 (6.7)	12 (80)
Arvioijat eri mieltä	2 (13.3)	2 (13.3)

Tapauserheiksi tulkituissa perheissä ilmeni verrokkierheitä vähemmän katsekontaktia sekä yhteisiä hymyjä ja nauruja. Vanhemmat istuivat etäällä toisistaan, ja muutenkin fyysistä läheisyyttä oli vähän. Huumoria ei näkynyt. Tapauserheet olivat totisia, ilmeettömiä, jäykkiä, levottomia. Kuitenkin vaikutelma tapausperheistä oli enemmän kokonaisuus kuin yksittäisten ilmiöiden summa. Tapauserheet herättivät tutkijoissa usein outouden tunteen.

Verrokkierheissä näkyi perheensisäinen lämpö, turvallisuus ja välittäminen, yhteishenki, rentous ja läheisyys. Puheenvuoro siirtyi luontevasti perheenjäseneltä toiselle. Myös perheenjäsenten välinen hyväksyntä välittyi ilman ääntä.

5.8 Vanhemman psykoosidiagnoosi ja perheen kliininen vaikutelma

Psykoosin sairastuneen vanhemman psykoosi luokiteltiin diagnoosin perusteella joko skitsofrenian (n=9) tai affektiivisen psykoosin (n=6) ryhmään (ICD-10 luokka F2 tai F3). Perheen kaksiluokkaista kliinistä vaikutelmaa (1= hyvin tai kohtuullisen hyvin toimivat, 2=selvästi oireilevat tai huonosti voivat) verrattiin vanhemman diagnostiseen ryhmään. Tässä analyysissä hyvin tai kohtuullisen hyvin toimivissa perheissä oli vanhemmalla skitsofreniaryhmän diagnoosi kolmessa perheessä (33.3%) ja affektiivinen psykoosi kuudessa perheessä 66.7%). Selvästi oireilevissa tai huonosti toimivissa perheissä kaikilla sairastuneilla vanhemmilla (n=6, 100%) oli skitsofreniaryhmän psykoosi (diagnoosiryhmien välillä p=0.01; OR=3.0; 95% lv=1.2-7.6).

6 POHDINTA

Psykiatrisessa perhetutkimuksessa on kiinnitetty lisääntyvästi huomiota perheisiin, joissa on psykoottinen vanhempi (Campbell ym. 2012, Adderley ym 2019). Enimmäkseen on tutkittu lasten sairastuvuutta ja pärjäämistä (Rutter ja Quinton 1984, Gladstone ym. 2011, Jundong ym. 2011, Bennett ym. 2012, Foster ym. 2012, Morgan ym. 2012, Rasic ym. 2014, Keskinen ym. 2015), lasten kokemuksia (Dunn 1993, Gray ym. 2008, Manjula ja Raguram 2010, Mordoch ja Hall 2010) tai vanhemmuutta (Davis ja Schultz 1998, Caton ym. 1999, Oyserman ym. 2000, Hinden ym. 2005, Grube ja Dorn 2006, Ostler 2010, Blakeman ym. 2019). Psykoottisen vanhemman perheen vuorovaikutuksesta on myös joitakin aiempia tutkimuksia (Reupert ja Maybery 2007, van Loon ym. 2013, Carvalho ym. 2014).

Tässä työssä tutkittiin 15 lapsiperhettä, joissa vanhemmalla oli psykoosi. Heitä verrattiin 15 kaltaistettuun lapsiperheeseen, joissa vanhemmalla ei ollut psykoosia. Tutkimuksessa selvitettiin perheiden rakennetta, rajoja, kommunikaatiota, tunneilmastoa, koheesiota, joustavuutta, ongelmanratkaisua ja päivittäisiä toimintoja. Kaikilla kolmella arviointiasteikolla, OPAS, Olsonin asteikko ja GARF sekä kliinisesti arvioituina verrokkiperheet olivat toimivampia kuin tapausperheet. Kuisma ym. totesivat (1997), että perhevuorovaikutus voi olla normaalia, jos vain yhdellä perheenjäsenellä on psykoosi, mutta kyseisessä tutkimuksessa ei ollut kyse pelkästään vanhemman psykoosista. Van Loon ym. (2013) totesivat, että psyykkisesti sairaiden vanhempien vuorovaikutus lastensa kanssa oli merkitsevästi huonompaa ja perheen ilmapiiri oli negatiivisempi kuin psyykkisesti terveiden vanhempien perheissä. Toisaalta Carvalho ym. totesi 2014, että perhevuorovaikutus ja toimintakyky voi olla hyvää yhden skitsofreenisen vanhemman perheessä, kun toinen vanhempi on terve, mikä on samansuuntainen tulos kuin Kuisman ym. tutkimuksessa (1997).

6.1 OPAS-faktorit

Tienari ym. (2005) ovat aiemmin raportoineet OPAS-arviointiasteikon 33 eri kysymystä muodostavan viisi faktoria, mitä jaottelua käytettiin tämän tutkimuksen tulosten analysoinnissa. Tässä aineistossa tapaus- ja verrokkiperheet erosivat toisistaan

kaikkien viiden OPAS-faktorin suhteen siten, että tapausperheiden vuorovaikutus oli häiriintyneempiä kuin verrokkiperheiden. Tapausperheissä oli verrokkiperheitä enemmän kriittistä, vahingollista toimintatapaa ja tapausperheet olivat kapeutuneempia ja enemmän henkisesti pahoinvoivia kuin verrokkiperheet. Lisäksi tapausperheissä esiintyi verrokkiperheitä enemmän keskinäistä etääntymistä ja kietoutuneisuutta sekä kaoottista, erilaistumatonta toimintatapaa. Kaikkien viiden faktorin ryhmien välinen ero tapaus- ja verrokkiperheiden kesken oli suuri vaikutuskoolla mitattuna.

OPAS on moniulotteinen perhevuorovaikutuksen mittari. Tulos kertoo siitä, että vanhemman psykoosi johtaa laaja-alaiseen perhevuorovaikutuksen häiriöön. Varsinkin faktorit 1 ja 2 ovat laajoja ala-asteikoita, jotka sisältävät monia eri vuorovaikutuksen ulottuvuuksia. Faktorit 1 ja 2 eivät vastaa kovin hyvin tämän tutkimuksen kysymyksiin, mutta ne kuvaavat laaja-alaisesti kommunikaation ongelmia. Faktorit 3-5 (etääntyminen, kietoutuneisuus ja kaoottinen, erilaistumaton toiminta) ovat spesifimpiä kommunikaatioon, vuorovaikutukseen ja myös toimintaan liittyviä ala-asteikoita. OPAS antaa kuitenkin yksiselitteisen vastauksen tämän tutkimuksen peruskysymykseen eli mitä seurauksia vanhemman psykoosilla on perhevuorovaikutukseen.

6.2 Rakenne ja rajat

Kuten edellä todettiin, tapausperheet olivat sekä etääntyneempiä että kietoutuneempia verrokkiperheisiin verrattuna OPAS-faktoreiden mukaan tarkasteltuina. Kuitenkaan rakennetta ja rajoja koskevissa yksittäisissä OPAS-kysymyksissä eroja ei saatu perheryhmien välille (sukupolvien rajojen isolaatio, yksilöiden rajojen isolaatio, rajat ulkomaailmaan korostuneet, yksilöiden rajojen kietoutuneisuus, sukupolvien rajojen kietoutuneisuus). Tapausperheissä esiintyi verrokkiperheitä todennäköisemmin joko liian tiukkoja tai liian väljiä rajoja suhteessa ulkomaailmaan Olsonin asteikolla mitattuna. Koska Olsonin asteikon ääriarvot ja keskellä olevat arvot yhdistettiin, ei tuloksen perusteella voi eritellä, mihin suuntaan esimerkiksi rajat olivat häiriintyneet. Tapausperheiden rakenne oli verrokkiperheitä toimimattomampi myös GARF-asteikon tulosten perusteella. Kokonaisuutena vanhemman psykoosi näyttää lisäävän perheessä kaoottisuutta ja suhteessa ulkomaailmaan esiintyvien rajojen vaihtelua. Dickstein ym. (1998) on todennut, että vanhemman psyykkiseen sairauteen liittyy sekä perheen että sen alasysteemien muuttuminen jäykempään suuntaan esimerkiksi sisarusten välisessä vuorovaikutuksessa, vaikka vanhemman ja lapsen suhde olisikin melko terve. Warnerin ym. (1995) mukaan kaoottinen perheympäristö lisää lapsen

psykkisen sairastumisen riskiä. Terveessä perheessä on selvä, mutta ei jäykkä hierarkia. Erityisesti lasten kannalta olisi hyvä, jos perheessä olisi toimiva ja joustava organisaatio, kun toinen vanhemmista lähtökohtaisesti sairastaa sellaista sairautta, joka voi yllättäen vaikuttaa suurestikin hänen arvostelukykyynsä ja toimintakykyynsä. Tämän tutkimuksen mukaan tilanne oli pikemminkin päinvastoin. Lasta kuitenkin suojelee suhde terveeseen aikuiseen, joko perheen sisällä tai sen ulkopuolella (Reupert ja Maybery 2007). Jos perhepiirin sisältä ei tällaista aikuista löydy ja perheen rajat ulkomaailmaan ovat kovin tiukat tai jäykät, lapsen mahdollisuus tällaiseen hyvää tekevään aikuiskontaktiin heikkenee.

6.3 Kommunikaatio ja tunneilmasto

Kommunikaatio oli merkitsevästi köyhempää tapausperheissä kuin verrokkiperheissä. Se voi viitata siihen, että on paljon asioita, jotka eivät ole sanallisen käsittelyn piirissä. Ei voida puhua vaikeista, ratkaisemattomista asioista ja niihin liittyvistä tunteista, koska niistä puhuminen johtaisi vain loukkaantumiseen ja vihaan. Tällöin myös positiivisten tunteiden kirjo kapenee perheen elämää köyhdyttäen (Kaplan ja Kaplan 1978). Tunteiden ilmaisun kirjo todettiin tapausperheissä merkitsevästi kapeammaksi kuin verrokkiperheissä. Hyvän kommunikaation pohjana on emotionaalinen turvallisuus, joka mahdollistaa negatiivisten aiheiden käsittelyn ilman hämmennystä. Avoimessa vanhempien ja nuorten välisessä kommunikaatiossa on mahdollista ilmaista vapaasti mielipiteitä ja ajatuksia vastavuoroisesti myös, kun kyseessä on ongelma tai erimielisyys (Björn ym. 2013). Warnerin ym. (1995) mukaan kommunikaatio oli huonompaa, kun vanhemmalla oli depressio tai skitsofrenia. Dicksteinin ym. (1998) mukaan kommunikaatio oli vähemmän tervettä, jos äidillä oli psyykkinen sairaus verrattuna perheisiin, jossa psyykkistä sairautta ei ollut. Perheen kommunikaatio on vähemmän avointa perheissä, joissa vanhemmalla on psyykkinen sairaus tavallisiin perheisiin verrattuna (Stallard ym. 2004). Kommunikaatio parantaa Olsonin (1994) mukaan sekä perheen koheesiota että joustavuutta.

Tapausperheissä kommunikaatio oli useammin myös amorfista eli hajanaista ja vaikeammin seurattavaa kuin verrokkiperheissä. Kommunikaatiohäiriössä (CD) keskustelun fokuksen säilyttäminen alkuperäisessä aiheessa on vaikeutunut eli keskustelutapa on amorfinen. Vanhempien kommunikaatiohäiriöstä on seurauksena, että lapset eivät opi ajattelemaan loogisesti, mikä on tärkeä asia ja mikä sivujuonne. Tervettä kommunikaatiota luonnehtivat selkeys, hyvä tunteenilmaisu ja empaattinen vastavuoroisuus, ilmaisun rikkaus ja toisten huomioon ottaminen.

Kommunikaatiohäiriöinen epäselvä ja hajanainen (amorfinen) kommunikaatio ovat myös riski skitsofreniaryhmään psykoosiin sairastumiselle (Roisko ym. 2011). Jos vanhemman oma ajattelu on hajanaista, on hänen kommunikaatiotyylinsäkin hajanaista. Vaikeita asioita on kaikissa perheissä, mutta jos niistä voidaan puhua, ilmapiiri kevenee (Anderson ja Goolishian 1988, Rhoades 200; Pollio ym. 2006, Du Rocher Schudlich ym. 2008). Ei ole loogisesti edes mahdollista, että hämärä kommunikaatio liittyisi selkeään perherakenteeseen tai selkeä kommunikaatio kaoottiseen perherakenteeseen, kun perheen rakenne esimerkiksi Minuchinin (1974) mukaan muodostuu toistuvista kommunikaatioista. Hämäraasti kommunikoivassa perheessä lasten persoonallisuuksien on vaikea rakentua selkeiksi ja ilmiäsukeykyisiksi. Kun heillä on vanhemmalta tai vanhemmilta peritty geneettinen alttius psykoottiseen dekompensoitioon, on näitä lapsia pidettävä psykoosin kannalta erityisen suuressa riskissä olevina. Tienarin ym. (2006) tutkimusten mukaan hyvä perheilmapiiri ja selkeä kommunikaatio suojaavat geneettisesti skitsofreniaspektrin häiriöille altista lasta sairauden puhkeamiselta.

Diskvalifioivan kommunikaation suhteen eroa perheryhmien välille ei OPAS-asteikon mukaan tullut. Wichstrom ym. (1994) totesi, että psyykkisesti sairaan vanhemman perheessä diskvalifioiva kommunikaatio aiheutti perheen pojissa sosiaalisten taitojen heikkenemistä kolmen vuoden seurannan kuluessa.

Empatiaa oli tapausperheissä vähemmän kuin verrokkiperheissä. Empatia on sukoa toisten huomioon ottamiselle. Empatia-sanan perusmerkitys viittaa myötätuntoiseen eläytymiseen, kykyyn eläytyä toisen tunteisiin (Padilla-Walker ja Christensen 2010). Sanan merkitystä on laajennettu siten, että sillä voidaan tarkoittaa emotionaalisen reagoinnin lisäksi myös kognitiivista toimintaa eli tietoista rationaalista yritystä asettua toisen asemaan (Hill 2010). Empatiaa voidaan pitää sosiaalisen kognition ja lostuneimpana muotona (Hari 2003). Empatia kehittyy osana sosialisatioprosessia ja sen pohjana on vanhempien supportiivisuus ja vanhemman ja lapsen välisen suhteen laatu (Miklikowska ym. 2011, Yoo ym. 2013). Empatia sekä tasa-arvo, avoin tiedonkulku ja aidot yritykset ratkaista ongelma ovat supportiivisen käyttäytymisen dimensioita (Doane 1978).

Tapausperheissä oli vanhempien ja lasten välisiä konflikteja enemmän kuin verrokkiperheissä. Vanhempien ja lasten välinen vihamielisyys, määriteltyä vanhempien kovaksi ja epäjohdonmukaiseksi kontrolliksi yhdistettynä lämmön ja hyväksynnän puuttumiseen, on yhteydessä lasten ja vanhempien välisiin konflikteihin (Ostrov ja Bishop 2008). Turvallinen kiintymyssuhde ennakoi hyvää vuorovaikutusilmapiiriä ja siten neuvotteluvaihtoehdon käyttöä yrityksenä ratkaista konflikteja (García-Ruiz ym. 2012). Toisaalta tiedetään, että terve vanhempi (corrective parent, Sieh ym. 2013)

voi pitkälti korjata sairaan vanhemman lapselle aiheuttamaa stressiä tai vääristymää. Kauffmanin ym. tutkimuksessa (1979) todettiin jopa, että eräiden skitsofreniaa sairastavien äitien lasten yllättävän hyvä selviytyminen korreloi äidin osoittamaan lämpöön ja rakkauteen. OPAS-arviointiasteikolla ei todettu tapausperheissä vanhempien välisiä konflikteja enempää kuin verrokkiperheissä, mutta Olsonin asteikolla arvioituna vanhempien parisuhde oli tapausperheissä verrokkiperheitä huonompi. Hyvin toimivassa perheessä vanhempien välinen suhde on ensisijainen sekä lasten, aikuisten että koko perheen hyvinvoinnin kannalta (Doane 1978, Quatman 1997, Fosco ym. 2013). Vanhempien parisuhteen vakaus on suoraan yhteydessä lasten hyvinvointiin, koulussa pärjäämiseen ja sopeutumiseen (Doane 1978, Bascoe ym. 2009, Cummings ja Schatz 2012).

6.4 Koheesio ja joustavuus

Tapausperheiden koheesio oli vähäisempää kuin verrokkiperheiden. Tämä näkyi siten, että emotionaalinen sitoutuminen, parisuhde ja perheen rajat ulkomailmaan erosivat tapaus- ja verrokkiperheiden välillä Olsonin asteikolla arvioituna. Emotionaalinen sitoutuminen oli tapausperheissä heikompaa kuin verrokkiperheissä. Warnerin ym. (1995) mukaan perheen koheesio (emotionaalinen sitoutuneisuus) oli matalampi perheissä, joissa vanhemmalla oli depressio tai skitsofrenia kuin jos vanhemmalla ei ollut diagnoosia. Joustavuus oli tapausperheissä heikompaa kuin verrokkiperheissä. Perheenjäsenten roolit olivat tapausperheissä epäselvemmät kuin verrokkiperheissä. Tähän tutkimukseen osallistuminen edellytti, että sairastava vanhempi oli tutkimusajankohtana riittävän hyvässä psyykkisessä voinnissa osallistuakseen tutkimukseen. Voidaan olettaa, että perheen rakenteessa, esimerkiksi johtajuudessa on ollut joustavaa muutosta vaativia vaiheita, esimerkiksi kun sairastava vanhempi on ollut sairaalassa ja perhe yhden vanhemman varassa. Samoin perheen rooleja on todennäköisesti ollut pakko tarkistaa aina silloin, kun toinen vanhempi on esimerkiksi sairaalahoidossa. Etäännyneisyyttä ja kietoutuneisuutta oli tapausperheissä enemmän kuin verrokkiperheissä. Näistä kumpikin ovat patologisia ilmiöitä (Olson 1986).

6.5 Ongelmanratkaisu ja päivittäiset toiminnot

Turvallisuus yleisesti todettiin heikommaksi tapaus- kuin verrokkiperheissä OPAS-asteikon perusteella. Samoin toisten huomioon ottaminen OPAS-asteikolla

arvioituna ja ongelmanratkaisu GARF-asteikolla olivat tapausperheissä heikompia kuin verrokkiperheissä. Doanen (1978) mukaan toisten huomioon ottaminen johtaisi perheessä ongelmanratkaisun paranemiseen, mutta sitä on Doanen mukaan skitsofrenian suhteen riskiperheissä vähemmän kuin tavallisissa perheissä. Tapausperheet selviytyivät huonommin perheen käytännön tehtävistä kuin verrokkiperheet. Tämä ilmiö voisi olla yhteydessä perheen ongelmanratkaisukyvyyn puutteisiin. Ajoittain psyykoottinen vanhempi saattaa olla taantunut lähes lapsen asemaan ja lapsi tai lapset puolestaan joutuvat ottamaan sellaista roolia, joka ei heille iän perusteella kuuluisi eli toimimaan vanhempansa terapeutina tai hoitajana ja ottamaan ikätasoa vaativampaa vastuuta perheen arkipäivän toiminnoista (Dunn 1993, Blakeman ym 2019). Sokolowskin mukaan (2008) ydinperheen vakaus määrittellään arkirutiinien ennustettavuutena ja pysyvyytenä. Warnerin ym. (1995), Stallardin ym. (2004) sekä Reupert ja Maybryn (2007) mukaan perheen toimintakyky ja arkipäivän sujuminen heikkenevät, kun vanhempi sairastaa pyykkisesti. Näissä tutkimuksissa on todettu perheen koheesion olevan vähäisempää, kun vanhemmalla on psyykinen sairaus. Vastaaviin tuloksiin päädyttiin myös tässä tutkimuksessa.

6.6 Kliininen arviointi

6.6.1 GARF:n ja kliinisen vaikutelman välinen vertailu

Tapausperheiden sisäisessä vertailussa selvästi oireilevat tai huonosti voivat perheet olivat ongelmanratkaisukyvyltään, rakenteeltaan ja tunnelmastoltaan heikomminkin toimivia kuin kliinisesti arvioituna hyvin tai kohtuullisen hyvin toimivat perheet. Kliinisen vaikutelman voisi arvioida sisältävä piirteitä näistä kolmesta ulottuvuudesta ja perustuvan kokemuseräiseen ja intuitiiviseen päättelyyn.

Koska kaikki tutkijat olivat kokeneita perheterapeutteja, kliinisen vaikutelman arviointitavassa näkyy teoreettinen tietämys perheen vuorovaikutuksen rakenteesta ja sen arvioimisesta.

6.6.2 Nonverbaali kommunikaatio

Nonverbaaliin kommunikaatioon perustuvat tutkimusosion mukaan perheenjäsenten välinen lämpö, kunnioitus, hymy, kiinnostus, fyysinen läheisyys, hyväksyntä, tuki, rentous, kuunteleminen ja puhuminen sekä niiden puute välittyivät sanoitta.

Tapausperheet ja verrokkiperheet oli 87% tarkkuudella mahdollista erottaa toisistaan ilman että tutkijoilla oli erityistä perhetyön koulutusta. Tämä tulos antaa tukea siihen suuntaan, että lääkärin vastaanotolla on mahdollista ainakin seulontamielessä tehdä päätelmiä perhevuorovaikutuksesta jo perheenjäsenten ilmeiden ja eleiden perusteella.

6.6.3 Vanhemman psykoosidiagnoosi

Skitsofreniaryhmän psykoosi oli yhteydessä kliiniseen vaikutelmaan perheen selvästä oireilusta tai huonovointisuudesta. Aineiston pienen koon vuoksi tämän tuloksen luotettavuuteen täytyy suhtautua varauksella. Yksi mahdollinen selitys tämän löydöksen taustalla voisi olla skitsofreniaryhmään affektipsykooseja tavallisemmin liittyvä jatkuva psykoosioireilu ja heikentynyt toimintakyky. Nämä puolestaan voivat olla perhevuorovaikutukseen liittyviä häiriötekijöitä.

6.7 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet

Tiedossamme ei ole, että aiemmin olisi tehty perhetutkimusta samanlaisella asetelmalla. Larmon tutkimuksessa (1992) aineiston muodostivat perheet, joissa vanhempi oli sairastunut psykoosiin ensimmäistä kertaa. Näkökulmana hänellä oli vanhemman psykoosi perhetilanteen ratkaisuna. Tässä tutkimuksessa näkökulma on pääosin vastakkaisen suuntainen, siis miten lapsiperheessä on opittu tulemaan toimeen psykoosin kanssa tai miten se värittää perhevuorovaikutusta.

Tutkimuksen vahvuutena voidaan pitää tutkimusmenetelmää, joka toteutettiin strukturoidun tutkimuskaavion mukaisesti kolmen eri perheterapiakoulutetun henkilön arvioimina videoituina haastatteluina. Tutkimuksessa käytetyt arviointimenetelmät ovat pääosin aiemmissa vastaavissa tutkimuksissa dokumentoituja, valideiksi osoitettuja menetelmiä. Tutkimuksessa varmistettiin Olsonin asteikon sisäinen koherenssi, mikä todettiin kaikkien kolmen osa-alueen osalta erinomaiseksi. Tulos kertoo siitä, että kyseisiä osa-alueita vastaavat ala-asteikot muodostivat kukin mielekkään kokonaisuuden ja toimivat siten aineistossamme niiden alkuperäistä tarkoitusta vastaavalla tavalla. Tutkimukseen ovat antaneet suostumuksensa lähtökohtaisesti kohtuullisesti pärjäävät perheet, joilla ei ollut välitöntä vaaraa esimerkiksi lasten huostaanotosta, vaikka vanhemmalla oli psykoosi. Siten aineisto on valikoitunut siihen suuntaan, että tutkimuksen tapausperheet ovat todennäköisesti toimivampia kuin ne

perheet keskimäärin, missä vanhemmalla on psykoosisairaus. Verrokkiperheet edustanevat yleiseen hyvään pyrkivää joukkoa, joka on valmis antamaan aikaa ja näkemään vaivaa yleisen hyvän takia ilman erityistä välitöntä palkkiota. Tapausperheet olivat siis poikkeuksellisen hoitomyönteisiä ja yhteistyökykyisiä ja verrokkiperheet poikkeuksellisen auttamishaluisia ja tutkimusmyönteisiä. Jacksonin ja Weaklandin mukaan (1959) perheen kokema uhka ja sen myötä suojautuvuus on sitä suurempi mitä häiriintyneempi perhe on, kuten usein on laita esimerkiksi perheissä, joissa on skitsofreniaa.

Tämä tutkimusaineisto on pieni, mutta sen vahvuutena on psykoosiaineiston ja verrokkiaineiston kaltaistaminen mm. sosioekonomisten seikkojen suhteen ja perheen elinkaaren vaiheen samankaltaisuuden vuoksi. Tosin tämän kaltaistamisen kriteerejä jouduttiin väljentämään tutkimuksen edetessä tutkimusperheiden hitaan kertymän vuoksi. Tällä seikalla on saattanut olla vaikutusta mahdollisten tutkimusasetelman ulkopuolisten sekoittavien tekijöiden erilaiseen esiintymiseen tutkimusryhmissä. On kuitenkin epätodennäköistä, että näillä tekijöillä olisi olennaista vaikutusta tutkimustuloksiin. Alkuun psykoosiaineisto näytti moniongelmaiselta, mutta aineiston ja asiantuntemuksen kertyessä psykoosin osuus monien perheen ongelmien alkusyynä alkoi näyttää ilmeiseltä. Esimerkiksi tutkimusperheiden sosioekonominen status oli selvästi laskenut psykoosin myötä (Kirkbride ym. 2008). Tapausperheiden ja verrokkiperheiden vanhempien koulutustausta oli samankaltainen, mutta tapausperheissä oli nähtävissä sosiaalista alaspäin ajautumista, esimerkiksi akateemisesta ammatissa toimijasta työkyvyttömyyseläkeeläiseksi. Rajallisen tutkimusaineiston perheet tulivat tutkijalle hyvinkin tutuiksi, kun aikaa jokaisen perheen kanssa vietettiin kohtuullisen paljon.

Rajoituksena voidaan nähdä myös, että tutkimus keskittyi vanhemmuuteen ja lapsiin, jolloin tärkeä perheen perusta eli vanhempien välinen suhde saattoi jäädä liian vähälle huomiolle. Doanen (1978) mukaan vanhempien välinen parisuhde on oleellinen tekijä, kun arvioidaan perhesysteemin mahdollista patologisoivaa vaikutusta. Jälkikäteen arvioituna tutkimusprotokollaan olisi kannattanut lisätä vanhempien haastattelu ilman lapsia.

6.8 Eettinen pohdinta

Lastensuojelulaki 417/2007 10 § sanoo: Kun aikuiselle annetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, erityisesti päihdehuolto- ja mielenterveyspalveluja, ja kun aikuisen kyvyn täysipainoisesti huolehtia lapsen hoidosta ja kasvatuksesta arvioidaan

tällöin heikentyneen, tai kun aikuinen on suorittamassa vapausrangaistustaan, on selvitettävä ja turvattava myös hänen hoidossaan ja kasvatuksessaan olevan lapsen hoidon ja tuen tarve. Tähän lainkohtaan pohjautuu kiinnostus ja oikeutus tutkia sellaisia perheitä, joissa vanhemmalla on psykoosisairaus. Psykoosisairaudet ovat periytyviä ja perhevuorovaikutus välittää suuren osan tästä periytymisprosessista (Wynne ym. 2006A, B).

6.9 Yhteenveto

Tapauserheet voivat ja toimivat huonommin kuin perheet, joissa vanhemmalla ei ole psykoosia. Perheen toimintakyky, tunnelma ja rakenne ovat tapausperheissä sairaampia tai heikompia kuin verrokkiperheissä. Heikkoudet tulivat esille perheen kriittisenä, vahingollisena toimintatapana, kapeutuneisuutena ja henkisenä pahoinvointina, perheen etääntymisenä, kietoutuneisuutena ja kaoottisena, erilaistumattomana toimintana, heikentyneenä koheesiona ja huonompana joustavuutena verrattuna perheisiin, jossa vanhemmalla ei ollut psykoosia.

Myös kliininen vaikutelma tapausperheistä oli pahimmillaan sekava ja kaoottinen, parhaimmillaankin järjestäytynyt, mutta surullinen, kun suuressa osassa verrokkiperheitä tunnelma oli iloinen ja mukava.

Vanhemman psykoosi ei siis näyttäisi olevan positiivinen asia, vaikka perheenjäsenen psykoosisairaudella on nähty myös kasvua eteenpäin vieviä tekijöitä kuten herkkyyttä, rohkeutta ja positiivista elämänasennetta (Hinshaw 2005, Coldwell ym. 2011). Stengårdin ja Salokankaan (1997) mukaan psyykkisesti sairaan henkilön kanssa asuvat perheenjäsenet ovat huolestuneempia ja taakoittuneempia sekä elämään yleisesti tyytymättömämpiä kuin erillään heistä asuvat. Vaikka perheessä olisi resiliентtejä ominaisuuksia, jotka auttavat perhettä tulemaan toimeen psykoosisairauden kanssa, sairaudesta koituva taakka vaikuttaa resilienssiä painavammalta ilmiöltä.

7 SUOSITUKSET

Vuorovaikutus on erilaista perheissä, joissa vanhemmalla on psykoosisairaus verrattuna perheisiin, joissa vanhemmalla ei ole psykoosia. Näiden lapsiperheiden tunnistaminen esimerkiksi perusterveydenhuollossa on tärkeää, jotta perheet saisivat tarvitsemiaan palveluja. Puoliso on aikuinen ja vastuussa itsestään. Häinkin on usein avun tai tuen tarpeessa, koska varsin moni vaikeasti psyykkisesti sairaiden omaisista on taakoittunut ja masentunut. Lapset saattavat tarvita myös lastensuojelun tukitoimenpiteitä.

Perhevuorovaikutuksen tutkimus sekä Suomessa että kansainvälisesti jäänyt melko vähäiseksi. Tämän tutkimuksen perusteella perhevuorovaikutusta voidaan arvioida kattavasti ja luotettavasti erilaisilla perhearviointiasteikoilla. Nämä asteikot ovat moniulotteisia ja niitä on kehitetty tutkimusolosuhteissa arvioimaan spesifejä perhevuorovaikutuksen ilmiöitä. Näin saataisiin lisätietoa toisaalta erilaisiin häiriöihin liittyvistä lähiympäristön kuormitustekijöistä ja toisaalta lisätietoa eri häiriöihin liittyvistä poikkeavista perhevuorovaikutusilmiöistä.

Vanhemman psykoosiin liittyvän perhevuorovaikutuksen alustava tunnistaminen on mahdollista lääkärin vastaanotolla tapahtuvalla havainnoinnilla jo perusterveydenhuollossa. Näin ollen voidaan suositella, että lääkäri kuuntelee paitsi potilaan ja perheen sanallista viestintää, myös havainnoi perheen nonverbaalia ilmaisua ilman, että hänen tarvitsee perehtyä erityisiin perhearviointiasteikoihin. Tämän tutkimuksen mukaan lääkärin peruskoulutus riittää, jotta voisi saada ymmärrystä perheen vuorovaikutuksesta ja siten siihen apua.

Aikuisten erikoissairanhoidossa olisi syytä paneutua potilaiden perheisiin nykyistä enemmän. Potilaiden perheiden, myös lasten tapaaminen ja mahdollisiin ongelmakohtiin puuttuminen on ennalta ehkäisevää toimintaa ajatellen lasten tulevaisuutta ja terveyttä.

Suosituksat jatkotutkimuksiksi: Olisi tärkeää tutkia erilaisia päihde- ja mielenterveyspotilaiden ryhmiä perhevuorovaikutuksen tutkimusmenetelmillä, koska psykoosia sairastavien aikuisten perheet eivät ole ainoita, joissa lapset saattavat voida huonosti ja tarvita apua.

8 KIRJALLISUUS

- Aaltonen J (2006): Perheterapia psykoterapian muotona. *Duodecim* 122:722-729.
- Ackerman NW (1959): Theory of family dynamics. *Psychoanalysis & the Psychoanalytic Review* 46(4):33-50.
- Adderley H, Wittkowski A, Calam R, Gregg L (2019): Adult mental health practioner about psychosis, parenting, and the role of the practioner: A Q Methodological investigation. *Psychol Psychother.* 2019 Aug 26. doi: 10.1111/papt.12249.
- Ala-Lipasti M (2004): Kestääkö parisuhde psykoosin? Syventävä opinnäytetyö. Tampereen yliopisto, lääketieteen yksikkö.
- Alanen YO (1958): The mothers of schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Neurol Scand* 33 (Suppl 124).
- Alanen YO, Lehtinen K, Rääköläinen V, Aaltonen J (1991): Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatr Scand* 83:363-372.
- Aldridge J, Becker S (1999): Children as careres: The impact of parental illness and disability on childrens's caring roles. *Journal of Famkly Therapy* 21:303-20.
- Alvarez-Jimenez M, Gleeson J, Cotton S, Wade D, Crisp K, Yap M, McGorry P (2010): Differential predictors of critical comments and emotional over-involvement in first-episode psychosis. *Psychological Medicine* 40:63-72.
- American Psychiatric Association (1980): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed., American Psychiatric Association, Washington.
- American Psychiatric Association (1987): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. revised, American Psychiatric Association, Washington.
- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., American Psychiatric Association, Washington.
- American Psychiatric Association (2013): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed., American Psychiatric Association, Washington.
- Angermeyer MC, Holzinger A, Carta M, Schomerus G (2011): Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. *The British Journal of Psychiatry* 199:367-72.
- Angst J, Azorin JM, Bowden CL, Perugi G, Vieta E, Gamma A, Young AH (2011): Prevalence and Characteristics of Undiagnosed Bipolar Disorders in Patients with a Major Depressive Episode. *Archives of General Psychiatry* 68(8):791-9.
- Barrowclough C, Hooley, J (2003): Attributions and expressed emotion: a review. *Clinical psychology review* 23(6):849-90.
- Bascoe SM, Davies PT, Sturge-Apple ML, Cummings EM (2009): Children's Representations of Family Relationships, Peer Information and Processing, and School Adjustment. *Developmental Psychology* 45(6):1740-51.
- Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland JH (1956): Toward a Theory of Schizophrenia. *Behavioral Science* 1:251-264.

- Baudin G, Szoke A, Richard JR, Pelissolo A, Leboyer M, Schurhoff F (2017): Childhood trauma and psychosis: Beyond the association. *Child Abuse Negl* 72:227-35.
- Beardslee WR, Versage EM, Wright EM, Salt P, Rothberg PC, Drezner K ym. (1997): Examination of preventive interventions for families with depression: Evidence of change. *Development and Psychopathology* 9:109-30.
- Beardslee W, Swatling S, Hoke L, Rothberg P, van de Velde P, Focht L, Podorefsky D (1998): From Cognitive Information to Shared Meaning: Healing Principles in Prevention Intervention. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes* 61:112-129.
- Beardslee W, Gladstone T, Wright E, Cooper A (2003): A Family-Based Approach to the Prevention of Depressive Symptoms in Children at Risk: Evidence of Parental and Child Change. *Pediatrics* 112(2):119-131.
- Beels C (2011): Family Process 1962-1969. *Fam Proc* 50:4-11.
- Beavers RW, Hampson RB (1990): *Successful Families. Assessment and Intervention*. W. W. Norton & Company, New York.
- Bentall R (2003): *Madness explained. Psychosis and Human Nature*. www.greenpenguin.co.uk.
- Berg AO, Larsson S, Nerhus M, Hauff E, Andreassen OA, Melle I (2015): Childhood trauma mediates the association between ethnic minority status and more severe hallucinations in psychotic disorder. *Psychol Med* 45(1):133-42.
- Berg-Nielsen T, Vikan A, Dahl A (2002): Parenting Related to Child and Parental Psychopathology: A Descriptive Review of the Literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 7(4):529-1552.
- Black K, Lobo M (2008): A conceptual Review of Family Resilience Factors. *Journal of Family Nursing* 14(1):33-55.
- Blakeman M, Martin C, Gupta A (2019): Making sense of growing up with a parent with psychosis: an interpretative phenomenological analysis study. *Psychosis* 11:1,54-62.
- Bleuler E (1916): *Lehrbuch der Psychiatrie*. Berlin, 5th edition, 1930. Sechste Auflage, den neueren Anschauungen und Bedürfnissen angepasst. Berlin, 1937.
- Bogren M, Mattisson C, Isberg PE, Nettelbladt P (2009): How common are psychotic and bipolar disorders? A 50-year follow-up of the Lundby population. *Nordic Journal of Psychiatry* 63(4):336-46.
- Bowen (1959): *Family Psychotherapy. The Family as the Unit of Study and Treatment Workshop*, chairman Stephen Fleck. American Psychological Application.
- Bowen M (1960): A family concept of schizophrenia. *Etiology of schizophrenia*. Jackson D toim. ss 346-72. Basic Books, New York.
- Bowen M (1966): The use of family theory in clinical practice. *Comprehensive Psychiatry* 7:345-374.
- Bowie C, Depp C, McGrath M, Wolyniec M, Mausbach B, Thornquist M, Luke J, Patterson T, Harvey P, Pulver A (2010): Prediction of Real-World Functional Disability in Chronic Mental Disorders: A Comparison of Schizophrenia and Bipolar Disorder. *American Journal of psychiatry* 167:1116-1124.
- Boye B, Bentsen H, Ulstein I, Notland T, A. Lersbryggen A, Lingjærde 2, Malt U (2001): Relatives' distress and patients' symptoms and behaviours: a prospective study of patients with schizophrenia and their relative. *Acta Psychiatr Scand* 104:42-50.
- Brown G, Birley J, Wing J (1972): Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorder: A Replication. *British Journal of Psychiatry* 121:241-258.
- Butzlaff RLAM, Hooley JM (1998): Expressed Emotion and Psychiatric Relapse: A Meta-analysis. *Archives of General Psychiatry* 55(6):547-552.

- Byng-Hall J (1995): Creating a Secure Family Base: Some Implications of Attachment Theory for Family Therapy. *Family Process* 34:45-58.
- Cade J (1949): Lithium Salts in the Treatment of Psychotic Excitement. *Medical journal of Australia* (2):349-352.
- Campbell L, Hanlon MC, Poon AW, Paolini S, Stone M, Galletly C, Stain HJ, Cohen M (2012): The experiences of Australian parents with psychosis: the second Australian National Survey. *Aust N Z J Psychiatry* 46(9): 890-900.
- Cannon M, Jones P (1996): Schizophrenia. *Neuroepidemiology* 61:604-613.
- Carvalho JC, Freitas PP, Leuschner A, Olson DO (2014): Healthy Functioning in Families with a Schizophrenic Parent. *Journal of Family Psychotherapy* 25:1-11.
- Cassidy J, Mohr JJ (2001): Unsolvability, Fear, Trauma, and psychopathology: Theory, Research, and Clinical Considerations Related to Disorganized Attachment Across the Life Span. *Clinical Psychology: Science and Practice* 8(3):275-98.
- Castle D, Sham P, Murray R (1998): Differences in distribution of ages of onset in males and females with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 33:179-83.
- Caton CLM, Courmos F, Dominguez B (1999): Parenting and Adjustment in Schizophrenia. *Psychiatric Services* 50:239-43.
- Chang K, Blasey C, Ketter T, Steiner H (2001): Family environment of children and adolescents with bipolar parents. *Bipolar Disorders* 3:73-8.
- Chang LP, Murad H, Paras MP, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, Elamin MB, Seime RJ, Shinozaki G, Prokop LJ, Zirakzadeh A (2010): Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clin Proc* 85(7):618-29.
- Chen L, Murad MH, Paras ML, Colbenson KL, Sattler AL, Goranson EN, Elamin MB, Seime RJ, Shinozaki G, Prokop LJ, Zirakzadeh A (2010): Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clin Proc* 85(7):618-29.
- Clarke MC, Tanskanen A, Huttunen M, Leon DA, Murray RM, Jones PB, Cannon M (2011): Increased Risk of Schizophrenia from Additive Interaction Between Infant Motor Developmental Delay and Obstetric Complications: Evidence From a Population-Based Longitudinal Study. *American Journal of Psychiatry* 168:1295-302.
- Coid JW, Kirkbridge JB, Barker D, Cowdon F, Stamps R, Yang M, Jones PB (2008): Raised incidence Rates of All Psychoses Among Migrant Groups. *Archives of General Psychiatry* 65(11):1250-8.
- Coldwell J, Meddings S, Camie PM (2011): How people with psychosis contribute to their family: a grounded theory analysis. *Journal of Family Therapy* 33:353-71.
- Cook W, Kenny D, Goldstein M (1991): Parental Affective Style Risk and the Family System: A Social Relations model Analysis. *Journal of Abnormal Psychology* 100(4):492-501.
- Cook WL (2000): Understanding attachment security in family context. *J Pers Soc Psychol* 78(2):285-94.
- Cowling W, Mileskin C, Birlson P (2004): Children of adults with severe mental illness: mental health, help seeking and service use. *Psychiatric Bulletin* 28:43-6.
- Cummings EM, Schatz JN (2012): Family Conflict, Emotional Security, and Child Development: Translating Research Findings into a Prevention Program for Community Families. *Clin Child Fam Psychol Rev* 15:14-27.
- Cutajar MC, Mullen PE, Ogloff JRP, Thomas SD, Wells DL, Spataro J (2010): Schizophrenia and Other Psychotic Disorders in a Cohort of Sexually Abused Children. *Archives of General Psychiatry* 67(11):1114-9.

- Daruy-Filho L, Brietzke E, lafer B, Grassi-Oliveira R (2011): Childhood maltreatment and clinical outcomes of bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 124:427-34.
- Dausch BM, Miklowitz DJ, Richards JA (1996): Global Assessment of Relational Functioning Scale (GARF): II. Reliability and Validity in a Sample of Families of Bipolar Patients. *Family Process* 35:175-89.
- de Sousa P, Varese F, Sellwood W, Bentall RP (2014): Parental communication and psychosis: a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin* 40(4):756-68.
- Del Giudice M (2010): Reduced Fertility in Patients' Families Is Consistent with the Sexual Selection Model of Schizophrenia and Schizotypy. *PLoS ONE* 5(12):e16040.
- Dean K, Stevens H, Mortensen P, Murray R, Walsh E, Pedersen C (2010): Full Spectrum Outcomes Among Offspring With Parental History of Mental Disorder. *Archives of General Psychiatry* 67(8):822-9.
- Delay J, Deniker P, Ropert R (1956) Four years of experience with chlorpromazine in therapy of psychoses. *Presse Medicale* 64(22):493-6.
- Demily C, Jacquet P, Marie-Cardine M (2009): How to differentiate schizophrenia from bipolar disorder using cognitive assessment? *Encephale* 35(2):139-45.
- Dickstein S, Seifer R, Hayden LC, Schiller M, Sameroff AJ, Keitner ym. (1998): Levels of family assessment 2: Impact of maternal psychopathology on family functioning. *Journal of Family Psychology* 12:23-40.
- Doane J (1978): Family Interaction and Communication Deviance in Disturbed and Normal Families: A Review of Research. *Family Process* 17:357-376.
- Donatelli J, Seidman L, Goldstein J, Tsuang M, Buka S (2010): Children of parents with affective and nonaffective psychoses: A longitudinal study of behavior problems. *American Journal of Psychiatry* 167:1331-8.
- Dunn B (1993): Growing up with a Psychotic Mother. *Amer. J. Orthopsychiat.* 63:177-89.
- Du Rocher Schudlich T, Youngstrom EA, Calabrese JR, Findling RL. (2009): The Role of Family Functioning in Bipolar Disorder in Families. *Journal of Abnormal Child Psychology* 36:849-63.
- Feeney BC, Van Vleet M (2010): Growing through attachment: The interplay of attachment and exploration in adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships* 27:226-34.
- Fisher L, Ransom DC, Terry HE, Lipkin M, Weiss R (1992): The California health Project: I. Introduction and a Description of Adult Health. *Family Process* 31:231-50.
- Fisher L, Ransom DC, Terry HE, Burge S (1992): The California Health Project: IV. Family Structure/Organization and Adult Health. *Family Process* 31:399-419.
- Fisher L, Ransom DC, Terry HE (1993): The California Health Project: VI. Multidomain Analyses. *Family Process* 32:49-68.
- Flemons D (1991): Cross-generational triadic relationships and family health. *Family Therapy* 18(3):231-40.
- Flykt L (2012): Informell vårdbörd för närstående till patienter med psykosdiagnos. www.schizofreniforbundet.se
- Fosco GM, Grych JH (2012): Capturing the Family Context of Emotion Regulation: A Family Systems Model Comparison Approach. *Journal of Family Issues* 34(4):557-78.
- Foster K, O'Brien L, Mc Alister M (2004): Addressing the needs of children of parents with a mental illness: current approaches. *Contemporary Nurse* 18(1-2):67-80.
- Foster K, O'Brien L, Korhonen T (2012): Developing resilient children and families when parents have mental illness: A family-focused approach. *International Journal of mental Health nursing* 21:3-11.

- Fraiberg S (1978): *The invisible children*. Kirjassa Anthony E, Koupernik C, Chiland C (toim.): *The child and his family*. Wiley, New York. ss. 287-92.
- Fromm-Reichmann F (1948): Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry* 11:253-73.
- Gaebel W, Zielasek J (2011): Integrative Etiopathogenetic models of Psychotic Disorders: Methods, Evidences and Concepts. *Schizophrenia Bulletin* 37(Suppl 2):S5-S12.
- Gallagher BJ, Jones BJ, MacFalls Jr. JA, Pisa AM (2006): Social Class and type of Schizophrenia. *European Psychiatry* 4:233-7.
- Gallagher SK, Mechanic D (1996). Living with the mentally ill: effects on the health and functioning of other household members. *Social Science Medicine* 306(24):1437-1440.
- García-Ruiz M, Rodrigo MJ, Hernández-Cabrera JA, Máiquez ML, Deković M (2013): Resolution of parent-child conflicts in the adolescence. *Eur J Psychol Educ* 28:173-88.
- Gilmore J, Kang C, Evans D, Wolfe H, Smith J, Lieberman J, Lin, W, Hamer R, Styner M, Gerig G (2010): Prenatal and Neonatal Brain Structure and White Matter Maturation in Children at High Risk for Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 167:1083-91.
- Gladstone BM, Boydell KM, McKeever P (2006): Recastig research into children's experiences of parental mental illness: Beyond risk and resilience. *Social Science & Medicine* 62:2540-50.
- Gladstone BM, Boydell KM, Seeman MV, McKeever PD (2011): Children's experiences of parental mental illness. A literature review. *Early Intervention in Psychiatry* 5:271-89.
- Gonzales-Pinto A, de Azua SR, Ibanez B, Otero-Cuesta S, Castro-Fornieles J, Graell-Berna M, Ugarte A, Parellada A, Moreno D, Soutullo C, Baeza I, Arango C (2010): Can positive family factors be protective against the development of psychosis? *Psychiatry Research* 186:28-33.
- Gottesman II, Laursen TM, Bertelsen A, Mortensen PB (2010): Severe Mental Disorders in Offspring With 2 Psychiatrically Ill Parents. *Arch Gen Psychiatry* 67(3):252-7.
- Gray B, Robinson C, Seddon D (2008): Invisible Children: Young Carers of Parents with mental health Problems – The Perspectives of Professionals. *Child and Adolescent Mental Health* 13(4):169-72.
- Greenberg JS, Knudsen KJ, Aschbrenner KA (2006): Prosocial Family Processes and the Quality of Life of Persons with Schizophrenia. *Psychiatric Services* 57:1771-7.
- Greer LA, Linder B, Goldberg JO (1997): Couples Communication Skills training for Schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry* 42(6):666-7.
- Griesinger W (1845) *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Ärzte und Studierende* (1st ed.), A Krabbe, Stuttgart.
- Group for the Advancement of Psychiatry, Committee on the Family (1996): Global Assessment of Relational Functioning Scale (GARF): I. Background and Rationale. *Fam Process* 35:155-72.
- Grube M, Dorn A (2006): Elternschaft bei psychisch Kranken. *Psychiat Prax* 34:66-71.
- Guada J, Brekke J, Floyd R, Barbour J (2009): The Relationships Among Perceived Criticism, Family Contact, and Consumer Clinical and Psychosocial Functioning for African-American Consumers with Schizophrenia. *Community Mental Health Journal* 45:106–16.
- Haley J, Richeport-Haley M (2007): *Directive family therapy*. Haworth Press. New York.
- Hall JA, Levin S (1980): Affect and verbal-nonverbal discrepancy in schizophrenic and non-schizophrenic family communication. *British Journal of Psychiatry* 137:78-92.

- Hammen C (1991): Depression runs in families: The social context of risk and resilience in children of depressed mothers. New York: Springer Verlag.
- Hari R (2003): Sosiaalisen kognition hermostollinen perusta. *Duodecim* 119(15):1465-70.
- Harvey C (1996): The Camden Schizophrenia Surveys: I. The Psychiatric, Behavioural and Social Characteristics of the Severely Mentally Ill in an inner London Health District. *The British Journal of Psychiatry* 168(4):340-356.
- Hay P, Katsikitis M, Begg J, Da Costa J, Blumenfeld N (2003): PSYCHIATRIC SERVICES ♦ <http://psychservices.psychiatryonline.org> ♦ 54(7)1028-30.
- Heikkilä J (2006): Perheen tunneilmapiiri ja potilaan oireilu. *Duodecim* 122(17):2113-8.
- Heinimaa M (2008): The Grammar of Psychosis. *Annales Universitatis Turkuensis Ser D*.
- Heins M, Simons C, Lataster T, Pfeifer S, Vermissen D, Lardinois M, Marcelis M, Delespaul P, Krabbendam L, van Os J, Myin-Germeys I (2011): Childhood Trauma and Psychosis: A Case-Control and Case-Sibling – Comparison Across Different Levels of Genetic Liability, Psychopathology, and Type of Trauma. *American Journal of Psychiatry* 168:286-94.
- Hietala J, Syvälahti E, Vuorio K, Rökköläinen V, Bergman J, Haaparanta M, Solin O, Kuoppamäki M, Kirvelä O, Ruotsalainen U, Salokangas RKR (1995): Presynaptic dopamine function in striatum of neuroleptic-naïve schizophrenic patients. *Lancet* 346:1130-1.
- Hill EW (2010): Discovering forgiveness through empathy: implications for couple and family therapy. *Journal of Family Therapy* 32:169-85.
- Hinden BR, Biebel K, Nicholson J, Mehnert L (2005): The Invisible Children's project. Key Ingredients of an Intervention for Parents with Mental Illness. *Journal of Behavioral Health & Research* 32(4):393-408.
- Hinshaw S (2004): Parental Mental Disorder and Children's Functioning: Silence and Communication, Stigma and Resilience. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 33(2):400-411.
- Hinshaw S (2005): The stigmatization of mental illness in children and parents: developmental issues, family concerns, and research needs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 46(7):714-34.
- Hjärthag F, Helldin L, Karilampi U, Norlander T (2010): Illness-related components for the family burden of relatives to patients with psychotic illness. *Soc Psychiatr Epidemiol* 45:275–83.
- Hollander AC, Dahl H, Lewis G, Magnusson C, Kirkbride JB, Dalman C (2016): Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ* 352.
- Hollingshead A, Redlich F (1958): Social Class and Mental Illness. New York. Wiley.
- Huang J, Perlis R, Lee P, Rush A, Fava M, Sachs G, Liebermann J, Hamilton S, Sullivan P, Sklar P, Purcell S, Smoller J (2010): Cross-Disorder Genomewide Analysis of Schizophrenia, Bipolar Disorder, and Depression. *American Journal of Psychiatry* 167:1254-63.
- Hutchinson G, Bhugra D, Mallett R, Burnett R, Corridan B, Leff J (1999): Fertility and marital rates in first-onset schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 34:617-21.
- Inoff-Germain G, Nottelmann ED, Radke-Yarrow M (1997): Relation of Parental Affective Illness to Family, Dyadic, and Individual Functioning: An Observational Study of Family Interaction. *American Journal of Orthopsychiatry* 67(3):433-448.
- Ivleva EI, Morris DW, Motes AF, Suppes T, Thaker GK, Tamminga CA (2010): Genetics and Intermediate phenotypes of the schizophrenia-bipolar disorder boundary. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 34:897-921.

- Izon E, Berry K, Law H, French P (2018): Expressed Emotion (EE) in families of individuals at-risk of developing psychosis: A Systematic Review. *Psychiatry Research* 270:661-72.
- Jablensky A, Cole SW (1997). Is the earlier age at onset of schizophrenia in males a confounded finding? Results from a cross-cultural investigation. *The British Journal of Psychiatry* 170(3):234-40.
- Jackson DD (1957): The question of family homeostasis. *The Psychiatric Quarterly Supplement* 31:79-90.
- Jackson DD, Weakland JH (1959): Schizophrenic symptoms and family interaction. *Archives of General Psychiatry* 1:618-621.
- Jones PB, Bebbington A, Foerster A, Lewis SW, Murray RM, Russell A, Sham PC, Toone BK, Wilkins S (1993): Premorbid Social Underachievement in Schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry* 162:65-71.
- Jundong J, Kuja-Halkola R, Hultman C, Långström N, Onofrio BM, Lichtenstein P (2011): Poor school performance in offspring of patients with schizophrenia: what are the mechanisms? *Psychological Medicine* 42:111-123.
- Jönsson SAT, Jonsson H (1992): Outcome of untreated schizophrenia: search for symptoms and traits with prognostic meaning in patients admitted to a mental hospital in the preneuroleptic era. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 85(4):313-20.
- Kaila, M (1966): *Psykiatrian historia lääketieteen yleiskehityksen ja kulttuurihistorian valossa*. WSOY. Porvoo.
- Kaplan ML, Kaplan NR (1978): individual and family growth: A Gestalt approach. *Family Process* 17:195-205.
- Karon B, Widener A (1994): Is There Really a Schizophrenogenic Parent? *Psychoanalytic Psychology* 11(1):47-61.
- Karp D, Tanarugsachock V (2000): Mental Illness, Caregiving, and Emotion Management. *Qualitative Health Research* 10:6-25.
- Kauffman, C Grunebaum, H, Cohler, B; Gamer, E (1979). Superkids: Competent children of psychotic mothers. *The American Journal of Psychiatry* 136(11):1398-1402.
- Kernberg O (2012): *The Inseparable Nature of Love and Aggression*. American Psychiatric Association. Arlington.
- Keskinen E, Marttila A, Marttila R, Jones PB, Murray GK, Moilanen K, Koivumaa-Honkanen H, Mäki P, Isohanni M, Jääskeläinen E, Miettunen J (2015). Interaction between parental psychosis and early motor development and the risk of schizophrenia in a general population birth cohort. *Eur Psychiatry* 30(69):719-27.
- Kirkbride JB, Croudace T, Brewin J, Donoghue K, Mason P, Glazebrook C, Medley I, Harrison G, Cooper JE, Doody GA, Jones PB (2008): Is the incidence of psychotic disorder in decline? Epidemiological evidence from two decades of research. *International Journal of Epidemiology* 38(5):1255-64.
- Koopmans M (2001): From Double Bind to N-Bind: Toward a New Theory of Schizophrenia and Family Interaction. *Nonlinear Dynamics, Psychology, and Life Sciences* 5:4:289-323.
- Korhonen T (2010): *Promoting Child Development and Mental Health in Adult Psychiatric Care*. Publications of the University of Eastern Finland. Kuopio.
- Koutra K, Vgontzas AN, Lionis C, Triliva S (2014): Family functioning in first-episode psychosis: a systematic review of the literature. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 49:1023-36.

- Kraepelin, E (1919): *Dementia Praecox and Paraphrenia*. RM Barclay, transl. Huntington, New York: Robert E Krieger Publishing Co., 1971.
- Kuipers E, Onwumere J, Bebbington P (2010): Cognitive model of caregiving in psychosis. *The British Journal of Psychiatry* 196:259–265.
- Kuisma M, Murtonen I, Paunonen M, Lehti K, Koivula M, White M (1997): Family dynamics of families with mental health problems in Finland. *Journal of Advanced Nursing* 26:1111-6.
- Lapalme M, Hodgins S, LaRoche C (1997): Children of Parents with Bipolar Disorder: A Metaanalysis of Risk for mental Disorder. *Can J Psychiatry* 42:623-31.
- Larmo, A (1992): *The Parents's Psychosis, Impact on Family and Children*. Turun Yliopiston julkaisuja, osa 84. Turku: Serioffset 1992.
- Leahy R (2007): Bipolar Disorder: Causes, Contexts, and Treatments. *Journal of Clinical Psychology* 63(5):417-424.
- Lehtinen V, Joukamaa M, Jyrkinen T, Lahtela K, Raitasalo R, Maatela J, Aromaa A (1991): Suomalaisten aikuisten mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt. *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja* AL:33.
- Lehtinen V, Veijola J, Jyrkinen T, Lindholm T, Väisänen E, Moring J, Puukka P (1993): Mielenterveyden pysyvyys ja muutokset suomalaisilla aikuisilla. *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja* AL:36.
- Leinonen J, Solantaus T, Punamäki R (2003): Parental mental health and children's adjustment: the quality of marital interaction and parenting as mediating factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 44(2):227-241.
- Leverson T (2003): Parental psychiatric illness: the implications for children. *Current opinion in Psychiatry* 16:395-402.
- Lichtenstein P, Yip B, Björk C, Pawitan Y, Cannon T, Sullivan P, Hultman C (2009): Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study. *Lancet* 373:234-9.
- Lidz T, Cornelison A, Fleck S, Terry D (1957A): Intrafamilial environment of the schizophrenic patient. I The father. *Psychiatry* 20:329-342.
- Lidz T, Cornelison A, Fleck S, Terry D (1957B): Intrafamilial environment of the schizophrenic patient. II: Marital schism and marital skew. *American Journal of Psychiatry* 114:241-248.
- Lombardi D, Murphy J, Weiss D, Herron W, Adlerstein L (1996): Pathogenic Parents and Schizophrenia. *Individual Psychology* 52(1):65-72.
- Lopez S, Hipke K, Polo A, Jenkins J, Karno M, Vaughn C, Snyder K (2004): Ethnicity, Expressed Emotion, Attributions, and Course of Schizophrenia: Family Warmth Matters. *Journal of Abnormal Psychology* 113(3):428–39.
- Lowyck B, De Hert M, Peeters E, Wampers M, Gilis P, Peuskens J (2004): A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients. *European Psychiatry* 19:395–401.
- MacCabe JH, Koupil I, Leon DA (2009): Lifetime reproductive output over two generations in patients with psychosis and their unaffected siblings: the Uppsala 1915–1929 Birth Cohort Multigenerational Study. *Psychological Medicine* 39:1667–76.
- Magill CA (2004): The boundary between borderline personality disorder and bipolar disorder: current concepts and challenges. *Canadian Journal of Psychiatry* 49(8):551-6.
- Malinen K (2011): *Parisuhde pikkulapsiperheessä*. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 426.

- Malla A, Bodnar M, Joobor R, Lepage M (2011): Duration of untreated psychosis is associated with orbital-frontal grey matter volume reductions in first episode psychosis. *Schizophrenia Research* 125:13-20.
- Mancuso SG, Morgan VA, Mitchell PB, Berk M, Young A, Castle DJ (2015): A comparison of schizophrenia, scizoaffektive disorder, and bipolar disorder: Results from the Second Australian national psychosis survey. *J Affect Disord* 172:30-7.
- Manjula M, Raguram A (2009): Self-Concept in Adult Children of Schizophrenic Parents: an Exploratory Study. *International Journal of Social Psychiatry* 55:471-479.
- Manninen, H, Santalahti P, Piha J (2008): Vanhemman vakava sairaus on yksi lapsen psyykkisen kehityksen riskitekijä. *Suomen Lääkärilehti* 63(22):2047-53.
- Mantere O, Melartin TK, Suominen K, Rytälä H, Valtonen HM, Arvilommi P, Leppämäki S, Isometsä ET (2006): Differences in Axis I and II comorbidity between bipolar I and II disorders and major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 67:584-93.
- Margolin G, Christensen A, John RS (1996): The Continuance and Spillover of Everyday Tensions in Distressed and Nondistressed Families. *Journal of Family Psychology* 10(3):304-21.
- Marsh D, Johnson D (1997): The Family Experience of mental illness: Implications for Intervention. *Professional Psychology: Research and Practice* 28(3):229-37.
- Mason C, Subedi S (2006): Helping Parents with Mental Illnesses and their Children. *Journal of Psychosocial Nursing* 44(7):36-41.
- McDaniel S, Campbell T, Seaburn D (1989): *Family-Oriented Primary Care*. Springer-Verlag. New York. Berlin. Heidelberg.
- McFarlane W (2011): Prevention of the First Episode of Psychosis. *Psychiatr Clin N Am* 34:95-107.
- McGorry P, MacFarlane C, Patton G et al (1995): The prevalence of prodromal features of schizophrenia in adolescence: a preliminary survey. *Acta psychiatrica Scandinavica* 92, 241-249.
- McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J (2008): Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence and Mortality. *Epidemiologic Reviews* 30:67-76.
- Meneghelli A, Alpi A, Pafumi N, Patelli G, Preti A, Cocchi A (2011): Expressed emotion in first-episode schizophrenia and in ultra high-risk patients: Results from the Programma 2000 (Milan, Italy). *Psychiatry Research* 189:331-8.
- Merikangas K, Jin R, He J, Kessler R, Lee, S, Sampson N, Viana M, Andrade L, Hu, C, Karam E, Ladea M, Medina-Mora M, Ono Y, Posada-Villa J, Sagar J, Wells E, Zarkov Z (2011): Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Archives of General Psychiatry* 68(3):241-51.
- Miklowitz D, Velligan D, Goldstein M, Nuechterlein K, Gitlin M (1991): Communication Deviance in Families of Schizophrenic and Manic Patients. *Journal of Abnormal Psychology* 100(2):163-173.
- Miklowitz D, Cicchetti D (2006): Toward a life span developmental psychopathology perspective on bipolar disorder. *Development and psychopathology* 18:935-8.
- Mikulincer M, Florian V, Cowan PA, Cowan CP (2002): Attachment Security in Couple Relationships: A Systemic Model and Its Implications for Family Dynamics. *Fam Proc* 41:405-434.
- Miller K (2006): Bipolar disorder: Etiology, diagnosis, and management. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 18:368-73.
- Minuchin S (1974): *Families and Family Therapy*. Harvard University Press. Cambridge.

- Moltz (1993): Bipolar Disorder and the Family: An Integrative Model. *Family Process* 32:409-23.
- Mones A, Schwartz R (2007): The Functional Hypothesis: A Family Systems Contribution Toward an Understanding of the Healing Process of the Common Factors. *Journal of Psychotherapy Integration* 17(4):314-329.
- Morgan C, Kirkbride J, Htuchinson G, Craig T, Morgan K, Dazzan P, Boydell J, Doody GA, Jones PB, Murray RM, Leff J, Fearon P (2008): Cumulative social disadvantage, ethnicity and first-episode psychosis. A case-control study. *Psychological Medicine* 38(12):1701-15.
- Morgan VA, Mitchell PB, Jablensky AB (2005): The epidemiology of bipolar disorder: sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. *Bipolar Disorders* 7:326-37.
- Morgan VA, Croft ML, Valuri GM, Zubrick SR, Bower C, McNeil TF, V. Jablensky AV (2012): Intellectual disability and other neuropsychiatric outcomes in high-risk children of mothers with schizophrenia, bipolar disorder and unipolar major depression. *The British Journal of Psychiatry* 200:282-9.
- Moskowitz A, Heim G (2011): Eugen Bleuler's Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias (1911): A Centenary Appreciation and Reconsideration. *Schizophrenia Bulletin* 37(3):471-9.
- Mowbray CT, Bybee D, Oyserman D, MacFarlane P (2005): Timing of mental illness Onset and Motherhood. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 193(6):369-378.
- Murray R, Jones P, Susser E, van Os, J, Cannon M (2003): *The Epidemiology of Schizophrenia*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Music G (2009): What has psychoanalysis got to do with happiness? Reclaiming the positive in psychoanalytic psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy* 25(4):435-455.
- Myllyaho T, Siira V, Wahlberg KE, Hakko H, Läksy K, Roisko R, Niemelä M, Räsänen S (2019): Interaction of genetic vulnerability to schizophrenia and family functioning in adopted-away offspring of mothers with schizophrenia. *Psychiatry Res* 278:205-12.
- Möller-Leimkuhler AM, Jandl M (2011): Expresses and perceived emotion over time: does the patients' view matter for the caregivers' burden? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 261:349-55.
- Nenonen M, Tuori T, Pelanteri S, Kautiainen H (2001): Psykiatrian erikoisalan kolme vuosikymmentä 1970-1999. Rakennemuutos laitoshoidon hoitoilmoitustietojen varassa. *Suomen Lääkärilehti* 56(33):3227-33.
- Norman RMG, Malla AK (2001): Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance. *Psychological medicine* 31:381-400.
- Novella E (2010): Mental Health Care in the Aftermath of Deinstitutionalization: A Retrospective and Prospective View. *Health Care Anal* (18):222-38.
- Ochoa S, Vilaplana M, Haro J, Villalta-G, Martinez F, Negredo M, Casacuberta P, Paniego E, Usall J, Dolz M, Autonell J (2008): Do needs, symptoms or disability of outpatients with schizophrenia influence family burden? *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 43(8):612-8.
- Oikarainen L, Sivula H (2014): Nonverbaali vuorovaikutus perheissä, joissa vanhempi sairastaa psykoosia verrattuna terveisiin perheisiin. Syventävä opinnäytetyö. Tampereen yliopisto, lääketieteen yksikkö.
- Oliveira A, Menezes P, Busatto G, McGuire P, Murray R, Scazufca M (2010): Family context and duration on untreated psychosis (DUP): Results from the Sao Paulo Study. *Schizophrenia Research* 119:124-130.

- Olson DH, Sprenkle DH, Russell CS (1979): Circumplex model of marital and family systems. Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. *Family Process* 18:3-28.
- Olson DH (1986): Circumplex Model VII: Validation Studies and FACES III. *Family Process* 25:337-351.
- Olson DH (1991): Three-dimensional (3-D) Circumplex Model and revised scoring of FACES III. *Fam Process* 30:74-9.
- Olson DH (1994): Curvilinearity survives: the world is not flat [comment]. *Fam Process* 33:471-8.
- OPAS. Oulun PerheArviointiSkaala. Käsikirja V.1.0 (1997). Oulun yliopisto, Psykiatrian klinikka, Oulu.
- Ostler Teresa (2010): Assessing Parenting Risk Within the Context of Severe and Persistent Mental Illness: Validating an Observational Measure for Families with Child Protective Service Involvement.
- Ostrov JM, Bishop CM (2008): Preschoolers' aggression and parent-child conflict: A multi-informant and multimethod study. *Journal of Experimental Child psychology* 99:309-22.
- Oyserman D, Mowbray C, Meares P, Firminger K (2000): Parenting Among Mothers with a Serious Mental Illness. *American Journal of Orthopsychiatry* 70(3):296-315.
- Padilla-Walker LM, Christensen KJ (2010): Empathy and Self-Regulation as mediators Between Parenting and Adolescents' prosocial Behavior Toward Strangers, Friends, and Family. *Journal of Research on Adolescence* 21(3):545-51.
- Pakenham KI ja Cox S (2012): Test of a Model of the Effects of Parental Illness on Youth and Family Functioning. *Health Psychology* 31(5):580-90.
- Papp P (1983): *The Dilemma of Change*. Kirjassa *The Process of Change*. The Guilford Press. United States of America.
- Parabiaghi A, Lasalvia A, Bonetto C, Cristofalo D, Marrella G, Tansella M, Ruggeri M (2007): Predictors of changes in caregiving burden in people with schizophrenia: a 3-year follow-up study in a community mental health service. *Acta Psychiatr Scand* 116 (Suppl. 437):66-76.
- Patterson J (2002): Understanding Family Resilience. *Journal of Clinical Psychology* 58(3):233-246.
- Pedersen S ja Revenson TA (2005): Parental Illness, Family Functioning, and Adolescent Well-Being: A Family Ecology Framework to Guide Research. *Journal of Family Psychology* 19(3):404-9.
- Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S, Partonen T, Tuulio-Henriksson A, Hintikka J, Kieseppä T, Härkänen T, Koskinen S, Lönngqvist J (2007): Lifetime Prevalence of psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population. *Arch Gen Psychiatry* 64:19-28.
- Pihkala H, Sandlund M, Cederström A (2012): Initiating communication about parental mental illness in families: An issue of confidence and security. *International Journal of Social Psychiatry* 58(3) 258-265.
- Powdthavee N, Vignoles A (2008): Mental Health of Parents and Life Satisfaction of Children: A Within-Family Analysis of Intergenerational Transmission of Well-Being. *Soc Indic Res* (2008) 88:397-422.
- Power RA, Kyaga S, Uher R, MacCabe JH, Långström N, Landen M, McGuffin P, Lewis CM, Lichtenstein P, Svensson AC (2013): Fecundity of patients with schizophrenia,

- autism, bipolar disorder, depression, anorexia nervosa, or substance abuse vs their unaffected siblings. *JAMA Psychiatry* 70(1):22-30.
- Pukuri T, Leinonen E (2003): 12 vuotta ja 12 lakkautettua sairaalaosastoa: Psykiatrian raken-
nemutos Pirkanmaalla. *Suomen Lääkärilehti* 58(42):4259-63.
- Quatman T (1997): High Functioning Families: Developing a prototype. *Family Therapy*
24(3):143-65.
- Ransom DC, Fisher L, Terry HE (1992): The California Health Project: II. Family World
View and Adult Health. *Family Process* 31:251-67.
- Ransom DC, Locke E, Terry HE, Fisher L (1992): The California Health Project: V. Family
Problem Solving and Adult Health. *Family Process* 31:421-31.
- Rasic D, Hajek T, Alda M, Uhek R (2014): Risk of Mental Illness in Offspring of Parents
With Schizophrenia, Bipolar Disorder, and Major Depressive Disorder: A Meta-
Analysis of Family High-Risk Studies. *Schizophrenia Bulletin* 40(1):28-38.
- Rauer A, Volling B (2013): More than One Way to be Happy: A Typology of Marital Hap-
piness. *Family Process* 52:519-34.
- Read J, Fosse R, Moskowitz A, Perry B (2014): The traumagenic neurodevelopmental model
of psychosis revisited. *Neuropsychiatry* 4(1):65-79
- Reedtz C, Lauritzen C, Stover YV, Freili JL, Rognmo K (2018): Identificaton of Children of
Parents with Mental Illness: a Necessity to Provide Relevant Support. *Front Psychia-
try* 9:728.
- Reich G (2019): The sense of family – developmental lines and problems. *Kinderpsychol
Kinderpsychiatr* 68(5):359-75.
- Reiss D, Oliveri M (1991): The Family's Conception of Accountability and Competence: A
New Approach to the Conceptualization and Assessment of Family Stress. *Family
Process* 30:193-214.
- Reiss D, Pedersen N, Cederblad M, Lichtenstein P, Hansson K, Neiderhiser J, Elthammar
O (2001): Genetic Probes of Three Theories of Maternal Adjustment: I. Recent Evi-
dence and Model. *Family Process* 40(3):247-59.
- Remington G, Seeman MV (2015): Schizophrenia and the influence of male gender. *Clin
Pharmacol Ther* 98(6):578-81.
- Reupert A, Maybery D (2007): Families Affected by Parental mental Illness: A Multiperspec-
tive Account of Issues and Interventions. *American Journal of Orthopsychiatry*
77(3):362-9.
- Reupert A, Maybery D (2008): Lessons Learnt: Enhancing Workforce Capacity to Respond
to the Needs of Families Affected by Parental Mental Illness (FAPMI). *International
Journal of Mental Health Promotion* 10(4):32-40.
- Rhoades D (2000): Schizophrenia: A Review for Family Counselors. *The Family Journal*
8:258-66.
- Roisko R, Saari K, Wahlberg KE (2003): Skitsofrenian syyt, ehkäisy ja hoito perhenäkökul-
masta. *Suomen Lääkärilehti* 58(33):3197-201.
- Roisko R, Wahlberg KE, Hakko H, Wynne L, Tienari P (2011): Communication Deviance
in parents of families with adoptees at a high or low risk of schizophrenia-spectrum
disorders and its associations with attributes of the adoptee and the adoptive parents.
Psychiatry Research 185:66-71.
- Roisko R, Wahlberg KE, Miettunen J, Tienari P (2014): Association of parental communi-
cation deviance with offspring's psychiatric and thought disorders. A systematic re-
view and meta-analhsis. *Eur Psychiatry* 29(1):20-31.

- Roisko, R, Wahlberg KE, Hakko H, Tienari P (2015): Association of adoptive child's thought disorders and schizophrenia spectrum disorders with their genetic liability for schizophrenia spectrum disorders, season of birth and parental communication deviance. *Psychiatry Res.* 226(2-3):434-40.
- Rosenberg S, Lu W, Mueser K, Jankowski M, Cournos F (2007): Correlates of Adverse Childhood Events Among Adults with Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatric Services* 58(2):245-53.
- Rutter M, Quinton D (1984): Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychological Medicine* 14:853-80.
- Rutter M, Quinton D (1987): Parental mental illness as a risk factor for psychiatric disorders in childhood. Kirjassa Magnusson D, Ohman A (toim). *Psychopathology: An interactional perspective*, ss. 199-219. San Diego, CA, US: Academic Press; US.
- Rössler W, Salize HJ, van Os J, Riecher-Rössler A (2005): Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *European Neuropsychopharmacology* 15:399-409.
- Salokangas RKR, Saarinen S (1998): Deinstitutionalization and Schizophrenia in Finland: I. Discharged Patients and Their Care. *Schizophrenia Bulletin* 24(3):457-67.
- Schäfer I, Fisher H (2011): Childhood trauma and posttraumatic stress disorder in patients with psychosis: clinical challenges and emerging treatments. *Current Opinion in Psychiatry* 24:514-8.
- Shakoor S, Zavos HM, McGuire P, Gardno AG, Freeman D, Robald A (2015): Psychotic Shorter E (2005): Psykiatrian historia, suomentanut Eila Salomaa. Mielenterveyden keskusliitto. Hakapaino, Helsinki.
- Sieh DS, Visser-Meily JMA, Meijer AM (2013): The relationship between Parental Depressive Symptoms, Family Type, and Adolescent Functioning. *PLoS ONE* 8.11.
- Sierla V, Wahlberg KE, Miettunen J, Tienari P, Läksy K (2006): Differentiation of adoptees at high versus low genetic risk for schizophrenia by adjusted MMPI indices. *European Psychiatry* 21:245-250.
- Siira V, Wahlberg KE, Hakko H, Läksy K, Tienari P (2007): Interaction of genetic vulnerability to schizophrenia and Communication Deviance of adoptive parents associated with MMPI schizophrenia vulnerability indicators of adoptees. *Nordic Journal of Psychiatry* 61(6):418-26.
- Simon J, Murphy J, Smith S (2005): Understanding and Fostering Family Resilience. *The Family Journal* 13:427-36.
- Singer M, Wynne L (1963): Differentiation characteristics of parents of childhood schizophrenics, childhood neurotics and young adult schizophrenics. *American Journal of Psychiatry* 120:234-43.
- Singer, M, Wynne, LC, Toohey, ML (1978): Communication disorders and the families of schizophrenics. Kirjassa *The Nature of Schizophrenia. New Approaches to Research and Treatment*, L. C. Wynne, R. L. Cromwell & S. Matthysse. John Wiley & Sons, pp. 499–511. New York.
- Smith M (2004): Parental mental health: disruptions to parenting and outcomes for children. *Child and Family Social Work* 9:3-11.
- Somers V (2007): Schizophrenia. The Impact of Parental Illness on Children. (*British Journal of Social Work* 37:1319-34.
- Sorrells JM, Ford FR (1969): Toward an integrated theory of families and family therapy. *Psychotherapy* 6(3):150-160.

- Stallard P, Norman P, Huline-Dickens S, Salter E, Cribb J (2004): The Effects of Parental mental illness Upon Children: A Descriptive Study of the Views of Parents and Children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 9:39-52.
- Stengård E (2002): Caregiving types and psychosocial well-being of caregivers of people with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 26(2);154-64.
- Stengård E (2003): Educational intervention for the relatives of schizophrenia patients in Finland. *Nord J Psychiatry* 57;271-7.
- Stengård E, Salokangas R (1997): Well-being of the caregivers of the mentally ill. *Nordisk Journal of Psychiatry* 51:159-64.
- Strömwall L, Robinson E (1998): When a Family Member has a Schizophrenic Disorder: Practice Issues Across the Family Life Cycle. *American journal of Orthopsychiatry* 68(4):580-9.
- Suomen virallinen tilasto (SVT 2018): Perheet[verkkojulkaisu]. ISSN=1798-3215. Helsinki.
- Suvisaari J (2010): Uutta skitsofrenian riskitekijöistä. *Duodecim* 126:869-76.
- Taipale I (2000): Potilaat kadulla – toimiiko avohoito Suomessa? *Duodecim* 116;333–5.
- Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA (2008): Schizophrenia, “Just the Facts”: What we know in 2008. Part I: Overview. *Schizophrenia research* 100:4-19.
- Tautiluokitus ICD-10 (2011). Terveystien ja hyvinvoinnin laitos. Mikkeli.
- Tebes J, Kaufman J, Adnopoulos J, Racusin G (2001): Resilience and Family Psychosocial processes Among Children of Parents with Serious Mental Disorders. *Journal of Child and Family Studies* 10(1):115-13.
- Terveystien ja hyvinvoinnin laitos (2012): Psykiatrian luokituskäsikirja. Suomalaisen tautiluokitus. ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. 2. painos. Tampere.
- Terzian AC, Andreoli SB, Razzouk D, Chaves AC, Mari Jde J (2006): Fertility and fecundity of an outpatient sample with schizophrenia. *Braz J Psychiatry* 28(4):305-7.
- Terzian ACC, Andreoli SB, de Oliveira LM, de Jesus Mari J, McGrath J: (2007): A cross-sectional study to investigate current social adjustment of offspring of patients with schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 257:230–6.
- Thara R, Srinivasan TN (1997). Outcome of marriage in schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 32:416-20.
- Thorup A, Waltoft BL, Pedersen CB, Mortensen PB, Nordentoft M (2007): Young males have a higher risk of developing schizophrenia: a Danish register study. *Psychological Medicine* 37: 479-84.
- Tienari P, Wynne L, Sorri A, Lahti I, Läksy K, Moring J ym. (2004): Genotype-environment interaction in schizophrenia spectrum disorder. Long-term follow-up study of Finnish adoptees. *British Journal of Psychiatry* 184:216-22.
- Tienari P, Wynne LC, Sorri A, Lahti I, Moring J, Nieminen P, Joukamaa M, Naarala M, Seitamaa M, Wahlberg KE, Miettunen J (2005): Observing relationships in Finnish adoptive families: Oulu Family Rating Scale. *Nord J Psychiatry* 59:253-63.
- Tienari P, Wahlberg KE, Wynne LC (2006): Finnish Adoption Study of Schizophrenia: Implications for Family Interventions. *Families, Systems, & Health* 24(4):442–51.
- Ulrich I, Stopsack M, Spitzer C, Grabe H-J, Freyberger HJ, Barnow S (2011): Familiäre Transmission depressiver Störungen. *Der Nervenarzt* 82(9):1169-77.
- Van Loon LMA, Vande Ven MOM, Vas Doesum KTM, Witteman CLM, Hosman CMH (2014): The Relation Between Parental Mental Illness and Adolescent Mental Health: The Role of Family Factors. *J Child Fam Stud* 23:1201-14.
- van Os J, Machteld M, Germeys I, Graven S, Delespaul P (2001): High Expressed Emotion: Marker for a Caring Family? *Comprehensive Psychiatry* 42(6):504-7.

- van Os J, Rutte BPF, Poulton R (2008): Gene-Environment Interactions in Schizophrenia: Review of Epidemiological Findings and Future Directions. *Schizophrenia Bulletin* 34(6):1066-82.
- van Os J, Kapur S (2009): Schizophrenia. *Lancet* 374:9690;635-645.
- van Os J (2015): The transdiagnostic dimension of psychosis: implications for psychiatric nosology and research. *Shangai Arch Psychiatry* 27(2):82-6.
- Vaughn C, Leff, J (1976A): The Influence of Family and Social Factors on the Course of psychiatric Illness. *British Journal of Psychiatry* 129:125-137.
- Vaughn C, Leff, J (1976B): The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social & Clinical Psychology* 15(2):157-65.
- Wahlberg KE, Wynne LC, Oja H, Keskitalo P, Pykäläinen L, Lahti I ym. (1997): Gene-environment interaction in vulnerability to schizophrenia: findings from the Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 154:355-.62.
- Wahlberg KE, Wynne LC, Keskitalo P, Nieminen P, Moring J, Läksy K, Sorri A, Koistinen P, Tarvainen T, Miettunen J, Tienari P (2001): Long-term stability of communication deviance. *J Abnorm Psychol* 110(3):443-8.
- Walsh F (1987): The Clinical Utility of Normal Family Research. *Psychotherapy* 24(35):496-503.
- Walsh F (1989): Perceptions of Family Normality: Refining our Lenses. *Journal of Family Psychology* 2(3):303-306.
- Walsh F (1996): The Concept of Family Resilience: Crisis and Challenge. *Family Process* 35(3):261-281.
- Walsh F (2002): A Family Resilience Framework: Innovative Practice Applications. *Family Relations* 51:130-137.
- Walsh F (2003): Family Resilience: A Framework for Clinical Practice. *Family Process* 42(1):1-18.
- Wan M, Salmon M, Riordan D, Appleby L, Webb R, Abel K (2007): What predicts poor mother–infant interaction in schizophrenia? *Psychological Medicine* 37:537–46.
- Wang L, Crane DR (2001): The Relationship Between Marital Satisfaction, Marital Stability, Nuclear Family Triangulation, and Childhood Depression. *The American Journal of Family Therapy* 29:337-47.
- Warner V, Mufson L, Weissman M (1995): Offspring at high and low risk for depression and anxiety: Mechanisms of psychiatric disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 34:786-97.
- Webster CR Jr, Telingator CJ (2016): Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Families. *Pediatric Clin North Am* 6:1107-9.
- Wedig M, Nock M (2007): Parental Expressed Emotion and Adolescent Self-Injury. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46(9):1171-7.
- Weisman de Mamani A, Kymäläinen J, Rosales G, Armesto J (2007): Expressed emotion and interdependence in White and Latino/Hispanic family members of patients with schizophrenia. *Psychiatry Research* 151:107–113.
- Werner S, Malaspina D, Rabinowitz J (2007): Socioeconomic Status at Birth is Associated with Risk of Schizophrenia: Population-Based multilevel Study. *Schizophrenia Bulletin* 33(6):1373-8.
- Wichstrom L, Holte A, Husby R, Wynne L (1994): Disqualifying Family Communication as a Predictor of Changes in Offspring Competence: A 3-Year Longitudinal Study of Sons of Psychiatric Patients. *Journal of Family Psychology* 8(1):104-8.

- Wiegand-Grefe S, Sell M, Filter B, Plass-Christl A (2019): Family functioning and psychological health of children with mentally ill parents. *Int J Environ Res Public Health* 16(7):1278.
- Winawer H (1983): The Heidelberg Concept: An Introduction to the Work of Helm Stierlin and His Associates. *Family Systems Medicine* 1(4): 36-40.
- Wrede G (1984): Vulnerability to schizophrenia. General psychology monographs B5. University of Helsinki.
- Wynne L, Ryckoff I, Day J, Hirsch S (1958): Pseudomutuality in the family relationships of schizophrenics. *Psychiatry* 21:205-20.
- Wynne LC (1984): The Epigenesis of relational systems: A model for understanding relational systems. *Family Process* 23:297-318.
- Wynne LC, Tienari P, Nieminen P, Sorri A, Lahti I, Moring J, Naarala M, Laksy K, Wahlberg KE, Miettunen J (2006A): Genotype-Environment Interaction in the Schizophrenia Spectrum: I Genetic Liability and Global Family Ratings in the Finnish Adoption Study. *Process* 45:419-434.
- Wynne LC, Tienari P, Sorri A, Lahti I, Moring J, Wahlberg KE (2006B): II Genotype-Environment Interaction in the Schizophrenia Spectrum: Qualitative Observations. *Family Process* 45:435-447.
- Yesilova K (2009): Ydinperheen syntyy. Kirjassa Ydinperheen politiikka ss. 20-26., Gaudeamus. Helsinki.
- Yoo H, Feng X, Day RD (2013): Adolescents' Empathy and Prosocial Behavior in the Family Context: A longitudinal Study. *J Youth Adolescence*. DOI 10.1007/s10964-012-9900-6
- Ödegård Ö (1932): Emigration and Insanity. *Acta Psychiatr Neurol Scand Suppl.* 4:1-206.
- Ödegård Ö (1946): Marriage and mental disease: A study in social psychopathology. *Journal of Mental Science* 92:35-59.
- Östman M, Hansson L (2002): Children in Families with a severely ill member. Prevalence and needs for support. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 37(5), 243-8.
- Östman M, Eidevall L (2005): Illuminating patients with children up to 18 years of age - A 1-day-inventory study in a psychiatric service. *Nord J Psychiatry* 59:388-92.
- Östman M (2008): Interviews with children of persons with a severe mental illness - Investigating their everyday situation. *Nordic Journal of Psychiatry* 62(5):354-59.

9 LIITTEET

9.1 Liite 1. OPAS-arviointiasteikon faktorit

Faktori 1: Perheen kriittinen, vahingollinen toimintatapa

Faktoriin 1 kuuluvat seuraavat osiot: Tunneilmasto: korostunut, räjähtävä, Kriitikki, Toisten huomioonottaminen, Triangulaatio, Empatia, Turvallisuus perheessä, Konflikti, vanhempi-vanhempi, Joustavuus, Konflikti, vanhempi-lapsi, Ahdistuneisuus, näkyvä, Ilmaistu tyytyväisyys, Delegaatio, Kommunikaatio, diskvalifikaatio, Perheen arvot ja traditiot sekä Sitominen.

Tunneilmasto: korostunut, räjähtävä: terveessä perheessä (1) on normaali, tasapainoinen tunneilmasto, välimaastossa (3) jonkin verran epäasiallista, kiihkeää tunteenilmaisua ja huonoimmillaan (5) jatkuvaa kiivasta tunteenilmaisua.

Kriitikki: terveessä perheessä kriittikkä ei ole (1), lievänä se on havaittavissa toiseen kohdistuvana puheen sisällön kriittisyytenä (2), tasolla (4) joko kriittisenä sävynä tai puheen sisältönä ja tasolla (5) yleistyneenä toisen ihmisen persoonaan kohdistuvana kokonaisvaltaisena hyökkäämisellä tai hylkäämisellä.

Toisten huomioonottaminen: parhaimmillaan se on sekä puheen sisällön että intentioiden ymmärtämistä ja vahvistamista (validoimista) (1). Välimaastossa toisen huomioon ottamista on jonkin verran, mutta usein joko sisältö tai intentio jää perheessä huomioon ottamatta (3) ja pahimmillaan perheessä on krooninen kyvyttömyys kuunnella toisia ja ymmärtää ja vahvistaa muiden puheen sisältöä ja intentioita (5).

Triangulaatio: siinä yritetään sitoa kolmas henkilö, usein esimerkiksi lapsi tai terapeutti kahden henkilön väliin niin, että se peittää tai tekee vaarattomaksi kahden henkilön välisen konfliktin. Toimivassa perheessä ilmiötä ei havaita (1), välimaaston perheessä merkkejä siitä on (3) ja vaikeimmillaan on havaittavissa vahva, merkittävä triangulaatio (5).

Empatia: toimivissa perheissä on jatkuvaa empaattista vastavuoroisuutta (1), 2-tasolla empaattista vastavuoroisuutta on suurimman osan ajasta, keskitason perheissä yrityksiä mutta ei kykyä ylläpitää sitä (3), (4)-tasolla empatiaa ei ole lainkaan ja 5-tasolla toisten tunteisiin reagoiminen on karkeasti epäasianmukaista.

Turvallisuus perheessä: (1)-tasolla perheessä sen jäsenet kohtelevat toisiaan asianmukaisesti ottaen huomioon kunkin iän, sukupuolen ja yksilölliset tarpeet. Tasolla (3) turvallisuus ja aggressiiviset purkaukset ovat satunnaisia. Tasolla (5) on jatkuvaa väkivaltaista käyttäytymistä tai perustarpeista ei huolehdi.

Konflikti, vanhempi-vanhempi: (1)-tasolla mitään tai juuri mitään konfliktia vanhempien välillä ei ole havaittavissa, (2)-tasolla pientä konfliktia on havaittavissa, mutta perhe toimii yhdessä hyvin, (3)-tasolla konflikti havaitaan selvästi ja se huonontaa perheenä toimimista hiukan, (4)-tasolla konflikti havaitaan selvästi ja se huonontaa perheenä

toimimista jonkin verran ja (5)-tasolla konflikti on selvä ja se huonontaa perheenä toimimista vakavasti.

Joustavuus: tasolla (1) perhe sopeutuu uusiin asioihin joustavasti ja ongelmitta, keskitasolla (3) vaikeuksia ja jäykkyyttä on jonkin verran ja tasolla (5) ei sopeutumiskykyä ole.

Konflikti, vanhempi-lapsi: vanhempien ja lasten välinen konflikti arvioidaan samoin kuin vanhempien välinenkin. (1)-tasolla mitään tai juuri mitään konfliktia vanhempien ja lasten välillä ei ole havaittavissa, (2)-tasolla pientä konfliktia on havaittavissa, mutta perhe toimii yhdessä hyvin, (3)-tasolla konflikti havaitaan selvästi ja se huonontaa perheenä toimimista hiukan, (4)-tasolla konflikti havaitaan selvästi ja se huonontaa perheenä toimimista jonkin verran ja (5)-tasolla konflikti on selvä ja se huonontaa perheenä toimimista vakavasti.

Ahdistuneisuus, näkyvä: toimiva perhe on tyyni ja rauhallinen (1). Tasolla (2) perhe on yleisesti ottaen rento, mutta jotain jännitettä on havaittavissa ja tasolla (4) jännittyneessä perheessä on hetkittäin rentoa toimintaa. Tasolla (5) perhe on erittäin jännittynyt ja kireä.

Ilmaistu tyytyväisyys: tasolla (1) perhe on täysin tyytyväinen itseensä, välimaastossa (3) perhe on tyytymätön tai käsitys on ristiriitainen ja pahimmillaan perhe on itseensä täysin tyytymätön (5).

Delegaatio: parhaimmillaan (1) delegaatio vastaa lapsen tarpeita ja kykyä sekä auttaa identiteetin ja sisäisen kompassin löytämisessä. Tasolla (3) delegaatio on jonkin verran ristiriidassa lapsen kykyjen ja tarpeiden kanssa. Tasolla (5) delegaatio vastaa ainoastaan delegoijan tarpeita estäen lapsen kehitystä.

Kommunikaatio, diskvalifikaatio: terve kommunikaatio (1) on selvää, ymmärrettävää ja elävää. Keskustelu pysyy käsiteltävänä olevassa asiassa tai teemassa, kunnes se on ratkaistu. Repivä, vähättelevä kommunikaatio on katkonaista, vaihtaa aihetta ja sisältää töykeää vähättelyä eikä pysy käsiteltävänä olevassa asiassa (3). Pahimmillaan tämä ilmiö vaikeuttaa oleellisesti yhteisessä aiheessa pysymistä ja tekee kommunikaatiosta huomattavan katkonaista (5).

Perheen arvot ja traditiot: toimivassa perheessä (1) on selvä mielikuva siitä, mitä perheen ja sen jäsenten tulee olla, välimaaston (3) perheillä on joitakin mielikuvia siitä, mitä perheen ja sen jäsenten tulee olla. Pahimmillaan (5) tällaiset käsitykset puuttuvat kokonaan.

Sitominen: perhevaikutuksen muoto, jossa perheenjäsen vaikuttaa toisen perheenjäsenen sisäiseen maailmaan tämän ajatuksia, tarpeita, tunteita, pyrkimyksiä tai mielikuvia omistavasti muokaten. Tasolla (1) on asianmukaista itsenäisyyden tukemista sekä läheisyys ja etäisyys sallitaan tasapainoisesti. Tasolla (3) sitomista on havaittavissa ja tasolla (5) se on voimakasta.

Faktori 2: Perheen kapeutuneisuus ja henkinen pahoinvointi

Faktoriin 2 kuuluvat seuraavat osiot: Tunneilmasto: köyhyys, Tunteiden ilmaisun kirjo, Kommunikaatio, köyhyys, Energia ja vitaliteetti, Perheen käsitys itsestään vs. haastattelijan, Tunnelma, Huumorintaju, Selviytyminen perheen käytännön tehtävistä sekä Hierarkia, jäykkä rakenne.

Arviointiasteikko on laadittu siten, että faktorin 1 osio Tunneilmasto: korostunut, räjähtävä ja faktorin 2 osio Tunneilmasto: köyhyys ovat toisensa pois sulkevia.

Arviointiasteikon perustana olevan ajattelun mukaan tunneilmasto voi siis olla joko korostuneen räjähtävä tai köyhän lattea, mutta ei molempia. Parhaimmillaan tunneilmasto on tasapainoinen (1), välimaastossa ilmasto on jonkin verran köyhtynyt (3) ja pahimmillaan affektit puuttuvat (5).

Tunteiden ilmaisun kirjo: toimivassa perheessä ilmaistaan suoraan monenlaisia tunteita (1), tasolla (2) monia tunteita voidaan ilmaista, vaikka jotain vaikeutta onkin, tasolla (3) on ilmeistä, että joiden tunteiden ilmaiseminen on estynyt. Tasolla (5) ilmaistaan vain yhtä tunnetta, esimerkiksi vihaa.

Kommunikaatio, köyhyys: tasolla (1) kommunikaatio on selkeää, ymmärrettävää ja elävää. Keskustelu jatkuu aiheessa, kunnes se on saanut ratkaisun. Tasolla (3) keskustelun määrä on vähentynyt, se on usein kirjaimellista tai konkreettista, vaikka sisältö onkin suhteellisen selvää. Tasolla (5) kommunikaatiota on todella vähän.

Energia ja vitaliteetti: parhaimmillaan perheellä on vahvaa toimintatarmoa (1), välimaastossa (3) energian ja vitalisuuden puutetta on jonkin verran ja heikoimmillaan energiaa ei ole lainkaan (5).

Perheen käsitys itsestään vs. haastattelijan: tasolla (1) se on täysin sama, tasolla (2) enimmäkseen sama, tasolla (3) jonkun verran eriävä, tasolla (4) enimmäkseen eriävä ja tasolla (5) täysin eriävä.

Tunnelma: hyvin toimivassa perheessä tunnelma on tavallisesti lämmin, hellä, humoristinen ja optimistinen (1), tasolla (2) kohtelias, mutta ei lämmin, vihamielisyys ja mielihyvä vuorottelevat. Seuraavalla tasolla (3) tunnelma on avoimen vihamielinen, sitten depressiivinen (4) ja huonoimmin toimivassa perheessä kyyninen, toivottoman pessimistinen (5).

Huumorintaju: tasolla (1) perheessä on tervettä, virkistävää huumorin käyttöä, myös kykyä nauraa itselleen, tasolla (3) on huumorintajun puutetta tai huumori on vääristynyttä tai ilkeämielistä ja tasolla (5) se puuttuu kokonaan, perhe on ankaran tosikkomainen.

Selviytyminen perheen käytännön tehtävistä: toimivissa perheissä arki sujuu hyvin niin kodin sisäisten kuin ulkoistenkin tehtävien osalta (1). Välimaaston perheet suoriutuvat tehtävistään ontuen (3). Heikoimmillaan perhe tarvitsee jatkuvaa ulkopuolista apua tai tukea (5).

Hierarkia, jäykkä rakenne: terve perhe on hyvin organisoitunut, johtajuus jaettu tehtävästä riippuen ja vanhempien parisuhde toimii (1). Tasolla (3) rakenteet ovat jonkin verran jäykät, epäasianmukaista dominanssia on havaittavissa. Tasolla (5) rakenteet ovat äärimmäisen jäykät, johtajuudessa on merkittävä, perheen toiminnan halvaannuttava dominanssi.

Faktori 3: Etääntyminen

Faktori 3 koostuu seuraavista osioista: Sukupolvien rajat, isolaatio, Yksilöiden rajat, isolaatio, Karkottaminen ja Rajat ulkomaailmaan korostuneet.

Sukupolvien rajat, isolaatio: toimivassa perheessä on kyky läheisyyteen ja sitoutuneisuuteen sukupolvien kesken, mutta toisaalta yksilöt ovat selvästi eriytyneitä (1). Kun menee huonommin, etääntyminen kasvaa (3). Pahimmillaan minkäänlaista läheisyyttä tai sitoutuneisuutta perheeseen ei ole (5).

Yksilöiden rajat, isolaatio: tasolla (1) perheenjäsenet ovat keskenään läheisiä, mutta selvästi erillisiä, tasolla (3) selvää etääntymistä on havaittavissa ja tasolla (5) juuri mitään yhteyttä perheenjäsenten välillä ei ole.

Karkottaminen: perheen sisäisen vuorovaikutuksen muoto, jossa toiseen perheenjäseneen vaikutetaan vain vähän. Parhaimmillaan se sallii itsenäistymisen (1), välimaastossa (3) etääntymistä on havaittavissa, ja häiriintyneimmillään (5) se on torjuvaa ja perheen ulkopuolelle työntävää. Faktorin 3 Karkottaminen ja faktorin 1 Sitominen pisteytetään toisensa poissulkevasti.

Rajat ulkomaailmaan korostuneet: Kun perheen rajat ovat terveet, perhe suhtautuu ulkomaailmaan realistisen luottavaisesti ja sen kanssa on merkittävää vuorovaikutusta (1). Välimaastossa (3) suhtautuminen on varauksellista ja kontaktit harvoja. Vaikeimmillaan (5) suhtautuminen ulkomaailmaan on äärimmäisen varauksellista ja eristäytymisen merkittävää.

Faktori 4: Kietoutuneisuus

Faktori 4 koostuu seuraavista osioista: Yksilöiden rajat, kietoutuneisuus ja Sukupolvien rajat, kietoutuneisuus.

Yksilöiden rajat, kietoutuneisuus: tasolla (1) yksilöiden väliset rajat ovat selvät, mutta samalla välit ovat asianmukaisen läheiset. Tasolla (3) rajoissa on selvää hämärtymistä, tasolla (4) ei ole riittävää erillisyyttä yksilöiden kesken ja tasolla (5) rajat puuttuvat täysin.

Sukupolvien rajat, kietoutuneisuus: tasolla (1) sukupolvien kesken välit ovat läheiset, mutta rajat selvät, tasolla (3) on selvää hämärtymistä sukupolvien kesken, tasolla (4) ei riittävää erillisyyttä sukupolvien kesken, ja tasolla (5) rajat puuttuvat täysin.

Faktorin 3 osio Sukupolvien rajat, isolaatio ja faktorin 4 osio Sukupolvien rajat, kietoutuneisuus sekä Yksilöiden rajat, isolaatio ja Yksilöiden rajat, kietoutuneisuus ovat samalla tavalla toisensa poissulkevia kuin faktorin 1 osio Tunneilmasto: korostunut, räjähtävä ja faktorin 2 osio Tunneilmasto: köyhyys. Perheessä voidaan määrittää joko kietoutuneisuus tai etääntyminen sekä sukupolvien että yksilöiden välillä, mutta ei molempia.

Faktori 5: Kaoottinen, erilaistumaton toiminta

Faktori 5 koostuu seuraavista osioista: Hierarkia, kaoottinen rakenne, Kommunikatio, amorfisuus ja Rajat ulkomaailmaan, puute.

Hierarkia, kaoottinen rakenne: terve perhe (1) on hyvin organisoitunut, vanhempien parisuhde on toimiva ja johtajuus tehtävien mukaan jaettu. Välimaaston perheessä (3) johtajuudessa ja perherakenteessa on epäselvyyttä. Huonoimmillaan (5) perhe on vailla struktuuria ja johtajuutta.

Kommunikaatio, amorfisuus: terve kommunikaatio on selvää, ymmärrettävää, eloisaa ja pysyy asiassa, kunnes ratkaisu on syntynyt (1). Amorfinen kommunikaatio on epämääräistä, hämärää, vailla suuntaa ja selvää sisältöä (3). Pahimmillaan asioita ei voida lainkaan ilmaista ja ratkaista ja puheen sisältö jää epäselväksi (5).

Rajat ulkomaailmaan, puute: kun perheen rajat ovat terveet, perhe suhtautuu ulkomaailmaan realistisen luottavaisesti ja sen kanssa on merkittävää vuorovaikutusta (1). Väli-maastossa rajat ovat hämärtyneet ja jollakulla perheenjäsenellä saattaa olla merkittävä koalitiio perheen ulkopuolelle (3). Vaikeimmillaan perheen ulkoiset ihmissuhteet ovat tärkeämpiä kuin perheen sisäiset, tai perhe ei pysty vastustamaan ulkopuolista painetta (5). Tämä osio ja faktorin 3 Rajat ulkomaailmaan korostuneet ovat toisensa poissulkevia.

9.2 Liite 2. Olsonin ympyrämalli

Koheesio (emotionaalinen yhteenkuuluvuus) mittaa erillisyydettä ja yhteisyyttä. Koheesion asteikko etenee seuraavasti: irrallinen, erillinen, yhtenäinen, kietoutunut. Keskiarvot eli erillinen ja yhtenäinen kuvaavat toimivaa perhettä, irrallinen ja kietoutunut heikosti toimivaa. Koheesion asteikot ovat emotionaalinen sitoutuneisuus (kysymys 1), sitoutuminen perheeseen (kysymys 2), parisuhde (kysymys 3), vanhempi-lapsi -koalitiot (kysymys 4), perheen sisäiset rajat (kysymys 5), perheen rajat ulkomaailmaan (kysymys 6). Tarkastelun kohteena ovat perheen ajankäyttötavat, suhtautuminen fyysiseen tilaan, ystävät, päätöksenteko ja harrastukset.

Joustavuus tarkastelee perheen johtajuuden, roolien ja sääntöjen muutoksia. Asteikot ovat johtajuus perheessä (kysymys 1), kuri ja järjestys (kysymys 2), neuvottelu (kysymys 3), perheen roolit (kysymys 4) ja perheen säännöt (kysymys 5). Strukturoidussa mallissa on jonkin verran tasa-arvoista johtajuutta ja jonkin verran neuvottelua myös lasten kanssa. Joustavassa mallissa on tasa-arvoinen johtajuus ja demokraattinen päätöksenteko. Jäykässä mallissa yksi on johtaja ja hän kontrolloi muita merkittävästi. Kaoottisessa mallissa johtajuus on ailahtelevaa tai puutteellista. Strukturoitu ja joustava malli kuvaavat toimivaa perhettä, jäykkä ja kaoottinen malli heikosti toimivaa.

Kommunikaation katsotaan olevan koheesiota ja joustavuutta edistävä ulottuvuus. Sen asteikot ovat sisällön jatkuvuus (kysymys 1), kunnioitus toista puhujaa kohtaan (kysymys 2), puheen selkeys (kysymys 3), ilmaisun vapaus (kysymys 4), kuuntelijan taidot, empatia (kysymys 5), kuuntelijan taidot, toisen huomioon ottaminen (kysymys 6), puhujan taidot, omasta puolesta puhuminen (kysymys 7), (puhujan taidot, toisen puolesta puhuminen, (kysymys 8), puhujan taidot, tunkeutuvuus, keskeyttäminen (kysymys 9). Tässä osiossa mitataan sekä kommunikaation asiasisältöä että tunteisisältöä.

9.3 Liite 3. GARF-arviointiasteikko

Ongelman ratkaisu

- 81-100: Perheessä on toimintamallit ja tavat, jotka auttavat yksittäisten jäsenten tarpeiden tyydyttämisessä. Epätavallisiin tilanteisiin löytyy joustoa. Vastuuta voidaan tarpeen mukaan jakaa. Ristiriidat ratkaistaan neuvotellen.
- 61-80: Arkirutiinit toimivat, mutta poikkeavat tilanteet aiheuttavat vaikeuksia. Ristiriidat ratkaistaan osittain, yhteistoiminta onnistuu.
- 41-60: Ratkaisemattomat ristiriidat häiritsevät kommunikaatiota, perheellä on merkittäviä vaikeuksia sopeutua stressitilanteisiin ja muutoksiin.
- 21-40: Perheen toimintatavat eivät vastaa yksittäisten jäsenten tarpeita. Muutokset synnyttävät tuskallisia ristiriitoja ja ongelman ratkaisu epäonnistuu.
- 1-20: Perheen/parin arkisia rutiineja ei ole. Perheenjäsenet eivät yleensä tiedä missä toiset ovat. Perheenjäsenten välillä on niukasti toimivaa kommunikaatiota.

Rakenne

- 81-100: Roolien ja tarpeellisten tehtävien toteuttamisesta vallitsee yhteisymmärrys. Eri alueiden päätöksenteko noudattaa vakiintuneita toimintatapoja.
- 61-80: Päätöksen teko onnistuu yleensä, mutta yksilöiden kontrollointi on usein tarpeettoman voimakasta tai tehotonta. Perheenjäsenten ja alasysteemien rajat ovat yleensä selkeät.
- 41-60: Päätöksenteko on vain ajoittain toimiva ja tehokasta. Saattaa olla korostunutta kaavamaisuutta tai merkittävää rakenteiden puuttumista. Toinen perheenjäsen tai jäsenten liittoutuma hukuttaa usein yksilölliset tarpeet.
- 21-40: Päätöksenteko on joko täysin itsevaltaista tai tehotonta. Perheen sisäiset jäykät tai hämmäntävän epäselvät ja vaihtuvat liittoutumat eivät arvosta tai huomaa lainkaan yksilön ainutlaatuisia ominaisuuksia.
- 1-20: Yksilön tai sukupolvien velvollisuudet tai vastuut eivät ole tunnistettavissa. Verkoston tai alasysteemien rajoja ei voida tunnistaa tai päästä niistä yhteisymmärrykseen. Perheenjäseniä uhataan tai vahingoitetaan fyysisesti tai he joutuvat seksuaalisen häirinnän kohteeksi.

Tunneilmasto

- 81-100: Optimistinen, tilanteeseen sopiva tunneilmapiiri vallitsee. Tunteita ilmaistaan vapaasti laidasta laitaan. Tunneilmapiiri on yleisesti ottaen lämmin ja huolehtiva ja perheen jäsenillä on yhteiset arvot ja käsitykset. Aikuisten jäsenten sukupuolielämä on tyydyttävää.
- 61-80: Tunteita ilmaistaan monipuolisesti, mutta ajoittain on selvää tunteiden torjuntaa tai jännitettä. Lämpöä ja huolenpitoa on, mutta verkoston jäsenten ärtyisyys tai turhautuneisuus häiritse niiden esille tuomista.
- 41-60: Tuskaisuus tai tehoton kiukku tai tunteettomuus häiritsee perhe-elämän onnea. Vaikka lämpöä ja tukea perheessä on jossain määrin saatavilla, sitä ei ole aina kaikille. Aikuisilla on usein vaikeuksia sukupuolielämässä.
- 21-40: Yhteinen elämä on vain satunnaisesti tyydyttävää. Toistuva vetäytyminen tai avoin vihamielisyys heijastaa merkittäviä ratkaisemattomia ja tuskallisia ristiriitoja. Aikuisten seksuaalielämän häiriöt ovat yleisiä.

- 1-20: Epätoivo ja kyynisyys valitsevat, toisten tarpeisiin kiinnitetään niukasti huomiota. Perheenjäsenten keskinäinen kiintymyksen tunne, sitoutuneisuus tai huoli toisten hyvinvoinnista puuttuu lähes täysin.

9.4 Liite 4. Kliininen vaikutelma

Hyvin toimivat perheet

Lähes terveissä perheissä, hyvin toimivissa perheissä vuorovaikutus ja toiminta vaikuttivat tavanomaisilta. Kaksi perhettä kuului tähän ryhmään (8 ja 12).

Lähes terveissä perheissä vanhemman sairaus oli lievä tai sen hoito hyvä ja vakiintunut. Vanhemman sairaus ei ollut perheen elämää eniten määrittelevä asia, vaikka siitä voitiinkin puhua perheen kesken avoimesti. Jommankumman vanhemman ammatti, kuuluminen sukuun tai muuhun yhteisöön tai jokin harrastus olivat enemmän sekä sairastunutta vanhempaa että koko perhettä määritteleviä tekijöitä kuin vanhemman psykoosisairaus. Sairaudesta puhuttiin perheessä luontevasti ilman ylimääräistä tunnelatausta kuten ahdistusta, pelkoa tai huolta. Näissä perheissä vanhemmat eivät myöskään tuoneet lasten tietoon heitä kuormittavia, liian vaikeita tai intiimejä asioita. Suoran kommunikaation lisäksi perheenjäsenten välillä oli lämpöä ja vieraiden tutkijoidenkin kokemana ilmapiiri oli vapautunut ja helppo, enemmänkin toteavan asiallinen.

Perheenjäsenillä, ensisijaisesti vanhemmilla, ja heidän kauttaan tai heidän esimerkiksi noudattaen myös lapsilla oli avoimen ja vapaan ilmaisun mahdollisuus ja oikeus. Sairaudesta ja sen vaatimasta hoidosta ja menneistä hoitotapahtumista voitiin puhua suoraan, mutta sairaudesta puhuminen ei toisaalta hallinnut keskustelua. Lasten tunteille oli tilaa, kun keskusteltiin vanhemman sairaudesta. He saivat vapaasti kertoa vanhemman sairastamiseen liittyvistä tunteistaan ja huolistaan. Sairaus oli ohimenevä tai hallinnassa oleva ilmiö, josta voitiin puhua vapaasti ja pelotta. Terve vanhempi ei käyttänyt sairautta lyömäaseena eikä sairastava vanhempi puolustuskeinona. Sairaudesta puhuminen oli suoraa eikä keskustelutyylissä sisältynyt muutenkaan latautuneita sivumerkityksiä. Keskustelutyylissä oli asiallista ja syyttelemätöntä, hyvää perheilmapiiriä kuvastaen. Vaikeita tunteita ei tarvinnut kätkeä sivulauseisiin tai sisällyttää sivumerkityksiin.

Kohtuullisen hyvin toimivat perheet

Kohtuullisen hyvinvoivissa perheissä (1, 2, 5, 7, 10, 14, 15) vanhemman sairaus oli ilmeinen ja perheen vuorovaikutuksessa esillä, mutta samalla perheen ilmapiirissä ja

toiminnassa oli paljon terveitä ja toimivia puolia. Perheistä seitsemän eli lähes puolet laskettiin kuuluvaksi tähän ryhmään.

Puolison reaktiot toisen vanhemman sairauteen vaihtelivat. Ilmapiiirissä saattoi olla esimerkiksi surua ja masennusta (14), hämmennystä ja syytelyä (15), väsymistä ja oman tilan etsimistä (5 ja 7) ja vähitellen etäisyyden ottoa ensin emotionaalisen eron ja myöhemmin avo- tai avioeron muodossa (1 ja 10).

Yhdessä perheessä lapsi kiukutteli koko videoinnin ajan (perhe 2). Kolmessa perheessä (5, 7 ja 10) yksi lapsista oli ihaillun toimijan roolissa ikätasoaan varhaisemmin. Näissä perheissä ja lapsissa oli jo nähtävissä vanhemman sairauden tuomaa roolien vääristymää, joskaan ei vielä kovin vaikeana. Lapsilla näytti olevan ikätasosta toimintaa perheen ulkopuolella harrastusten ja ystävien muodossa, mutta riski muuhun kuin ikätasoiseen rooliin perheen sisällä oli nähtävissä. Vanhemman sairaus oli edellistä ryhmää selvemmin havaittavissa. Lämminkään perhevuorovaikutus ei kompensoinut sairastavan vanhemman emotionaalista poissaoloa (perheet 1 ja 7). Toisaalta sairastava vanhempi saattoi vilpittömältä vaikuttavasta halustaan huolimatta olla liian väsynyt toimimaan aktiivisena ja iloisena vanhempänä (perhe 5).

GARF:n tunneilmapiiriosiossa todetaan tasolla 41-60: "Tunteita ilmaistaan monipuolisesti, mutta ajoittain esiintyy selvää tunteiden torjuntaa tai jännitettä. Lämpöä ja huolenpitoa löytyy, mutta verkoston jäsenten ärtyisyys tai turhautuneisuus häiritse niiden esille tuomista. Rakennneosiossa todetaan samalla tasolla (41-60): "Päätöksen teko onnistuu yleensä, mutta yksilöiden kontrollointi on usein tarpeettoman voimakasta tai tehotonta. Perheenjäsenten ja alasysteemien rajat ovat selkeät, mutta joskus jotakin alasysteemiä aliarvostetaan tai se joutuu syntipukiksi." Näissä perheissä oli monenlaista toimivuutta ja terveyttä, mutta myös jo sairauden tuomia ongelmia.

Selvästi oireilevat perheet

Selvästi oireilevissa perheissä vanhemman sairaus sai paljon huomiota ja tilaa, mutta monet perheen toiminnot ja ominaisuudet olivat edelleen normaaleiksi luokiteltavissa, joskin perheessä saattoi olla samalla outoja käyttäytymiskuvioita. Lapset kävivät koulua ja harrastivat. Perheissä saattoi olla suhteellisen säännölliset ruoka-ajat. Neljän perheen (3, 9, 11 ja 13) arvioitiin kuuluvan tähän luokkaan.

Näissä perheissä vanhemman sairaus oli selvästi vaikeampi kuin edellisissä ryhmissä. Vaikutelmaksi tuli, että sairauden vaikeusaste korreloi pitkälti perheen toimintatapaan, vaikka yllättävän vaikeissakin tilanteissa perheet näyttivät toimivan jollain karkealla rutiinitasolla. Esimerkiksi lapsi kävi harrastuksissaan, mutta paranoidisen vanhemman saattamana, ettei kukaan tee lapselle matkalla pahaa (perhe 3). Vaikka yksinhuoltajaäiti oli kroonisen psykoottinen, lapsi halusi pysyä vanhempansa kanssa

mieluummin kuin mennä tuttuun sukulaisperheeseen, jossa olisi ollut samanikäisiä lapsia.

Näissä perheissä tunnelma oli tutkijoiden kokemana raskas. Perhe selviytyi päivästä toiseen, mutta vailla luovaa iloa ja hauskuutta. Niissä saattoi toisaalta olla lämpöä ja huolenpitoa. Yhdessä perheessä (3) myös toinen vanhempi oli psykiatrisen hoidon piirissä.

GARF:n tunneilmapiiriosiossa todetaan tasolla 21-40: "Yhteinen elämä on vain satunnaisesti tyydyttävää. Toistuva vetäytyminen tai avoin vihamielisyys heijastaa merkittäviä ratkaisemattomia ja tuskallisia ristiriitoja. Aikuisten seksuaalielämän häiriöt ovat yleisiä." Selvästi oireilevissa perheissä vanhempien välit olivat etäänntyneet: toinen vanhempi puuttui alun alkaen tai hänestä otettiin ero jollain tasolla, emotionaalisesti tai virallisesti. Ainoastaan yhdessä perheessä oli nähtävissä vanhempien keskeistä yhteenkuuluvuutta ja lämpöä (3).

Huonosti voivat perheet

Huonosti voivia perheitä oli kaksi (4 ja 6). Niissä vanhemman sairaus oli läsnä kaikilla elämäntilanteilla, perheen toiminta oli kaotista, ja jokainen perheenjäsen voi huonosti. Näissä perheissä psykoottisella vanhemmalla oli skitsofrenia (4) ja harhaluuloisuushäiriö (6). Molemmissa perheissä myös toinen vanhempi oli psykiatrisen hoidon piirissä. Lastensuojelu oli perheissä mukana.

Tutkimuskäynneillä tunnelma perheissä oli raskas ja ikävä myös vieraille tutkijoille ja toisessa perheessä oli suorastaan sekava (4). Tutkimusprosessin läpikäyminen kesti huomattavasti kauemmin kuin parhaiten voivissa tapausperheissä puhumattakaan verrokkiperheistä. Pelkästään perheenjäsenten saaminen yhtäaikaan paikalle perhekeskusteluun oli työlästä, vaikka lapset olivat kummassakin perheessä verrattain pieniä. Vanhemmilla ei ollut luontevaa otetta lapsiinsa ja heidän välinsä olivat yhtäaikaan riittävät, kaotitset, tunkeutuvat, mutta etäiset. Tutkimushaastattelu oli aikaa vievä ja hajanainen ja välillä perhe kieltäytyi jatkamasta, mutta jatkoi kuitenkin taas (perhe 6).

GARF:ssa todetaan tasolla 21-40 rakenteesta seuraavaa: "Päätöksenteko on joko täysin itsevaltaista tai tehotonta. Perheen sisäiset jäykät tai hämmentävän epäselvät ja vaihtuvat liittoutumat eivät arvosta tai huomaa lainkaan yksilön ainutlaatuisia ominaisuuksia." Tunneilmapiiristä todetaan samalla tasolla (21-40): "Yhteinen elämä on vain satunnaisesti tyydyttävää. Toistuva vetäytyminen tai avoin vihamielisyys heijastaa merkittäviä ratkaisemattomia ja tuskallisia ristiriitoja. Aikuisten seksuaalielämän häiriöt ovat yleisiä." Perheissä 4 ja 6 ilmapiiri oli avoimen vihamielinen.

9.5 Liite 5. Tiedote- ja suostumuslomake

Perhekeskeiset hoitomenetelmät ovat viime vuosina osoittautuneet erittäin tehokkain vaikeitten psyykkisten kriisien ja vakavien mielenterveyshäiriöiden hoidossa. Tampereella on otettu käyttöön uusi ja lupaava hoito-ohjelma. Psykoosiprojektissa tarkoituksena on tutkia sen toimivuutta, tehoa ja vaikutuksia ja kehittää hoitoa edelleen.

Tässä osatutkimuksessa kartoitetaan sitä, mitkä asiat vanhemmuudessa ja lapsen tilanteessa ovat tärkeitä ottaa huomioon, jotta hoito onnistuisi parhaalla mahdollisella tavalla. Siinä selvitetään vanhempien ja 5-18-vuotiaiden lasten kokemuksia ja mielenpitoja sekä perhevuorovaikutusta. Vertailun vuoksi keräämme tietoa sekä psykoosin kokeneilta perheiltä että sellaisilta perheiltä, joilla ei ole kokemusta psykoosista.

Vanhemmilta kerätään tietoa mm. lapsiin liittyvistä huolista. Lisäksi kerätään tietoa stressitekijöistä, jotka vaikeuttavat vanhempina toimimista ja toisaalta selviytymiskeinoista. Tiedot kerätään kyselykaavakkeilla ja videoitavalla perhehaastattelulla. On tärkeää, että vanhemmat ja lapset kertovat itse kokemuksiaan, koska he ovat oman elämänsä asiantuntijoita. Lapselta kerätään tietoa hänen huolenaiheistaan ja selviytymistavoistaan kyselykaavakkeella ja videoitavalla haastattelulla.

Tutkimukseen osallistuminen tarkoittaa 3-4 tapaamista tutkijoiden kanssa. Aluksi haastatellaan vanhempia, sitten lasta ja lopuksi koko perhettä yhdessä. Tapaamiset on mahdollista toteuttaa tutkijan kotikäynteinä perheessä. Yksi haastattelu kestää n. 1-1,5 tuntia. Viimeisellä käynnillä kerromme Teille tutkimuksen tuloksista.

Osallistumalla tutkimukseen autatte kehittämään kriisitilanteessa olevien vanhempien ja lasten hoitoa sekä lisäämään tietoa vanhempien ja lasten hyvinvointiin liittyvistä tärkeistä asioista.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja maksutonta. Tutkimukseen osallistumisen voi halutessaan keskeyttää.

Kerättyjä tietoja käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti.

Ystävällisin terveisin

Päivi Kiviniemi puh 050 5928 308

Elina Koivisto puh 050 5766 293

psykiatrian erikoislääkäri

psykiatrian erikoislääkäri

TAYS TAYS

Lasten, vanhempien ja/tai holhoojan suostumus

Olen saanut tutkimuksesta riittävästi sekä suullista että kirjallista tietoa. Ymmärrän että osallistumiseni on täysin vapaaehtoista ja että voin kieltäytyä tai keskeyttää tutkimuksen osaltani milloin tahansa.

Päiväys

1. lapsen allekirjoitus

Päiväys

2. lapsen allekirjoitus

Päiväys

3. lapsen allekirjoitus

Päiväys

Vanhemman/holhoojan allekirjoitus

Päiväys

Vanhemman/holhoojan allekirjoitus

9.6 Liite 6. perhekuvaukset

Tapauserit

- Perhe 1. Sairastava vanhempi oli nelikymppinen isä, joka sairastui ensimmäistä kertaa paranooidiseen psykoosiin avioeron yhteydessä. Lapset olivat kouluikäisiä. Vanhemmat asuivat edelleen lähellä toisiaan ja olivat paljon keskenään tekemisissä. Perhe oli pinnallisen mukava ja tunnelma oli sopuisa. Isä näyttäytyi niukkapuheisena ja –ilmeisenä, lähes aleksityymisenä. Kysymykseksi jäi, miksi näin mukavasti keskenään toimeen tuleva pari oli eronnut. Missä olivat eroon liittyvät hankalat tunteet? Miten ero ja perheen isän ensimmäinen psykoosi liittyivät toisiinsa? Lapset vaikuttivat tavallisilta ja olivat kumpaankin vanhempaansa luontevassa, myös fyysisessä kontaktissa. Oliko perheessä puhumattomia asioita, jotka muokkasivat kommunikaatiota pinnallisen mukavaan, mutta epäaitoon suuntaan?
- Perhe 2. Sairastava vanhempi oli nelikymppinen skitsofreniaa sairastava yksinhuoltajaäiti. Hän asui kahdestaan ala-asteikäisen lapsensa kanssa, jonka syrjäytynyt ja väkivaltainen isä kuoli tutkimusprosessin aikana. Vanhemmat olivat eronneet jo lapsen raskausaikana. Äidin ja lapsen roolit olivat selkeät. Äiti ei vierittänyt lapselleen mitään hoitovastuuta, vaan yritti antaa hänelle mahdollisuuden ikätasoiseen elämään. Hoitonsa hän selkeästi hankki psykiatrian palveluista. Oireistaan äiti puhui asiallisen avoimesti. Äiti pystyi välittämään sen käsityksen, että hänen lapsensa oli hänelle tärkeä. Lapsi piti äitiään tavallisena äitinä. Ilmapiiiri oli avoin, muuta kapeutunut ja iloton. Elämänpiiiri oli pieni. Lapselleen äiti osasi asettaa hyvin rajoja. Sukupolvien rajat olivat selkeät. Arjen selviytyvyys oli hyvä.
- Perhe 3. Sairastava vanhempi oli nelikymppinen isä, mutta myös äidillä oli ollut vakavaa psyykkistä oireilua. Perhe oli yhteistyökykyinen ja vieraanvarainen. Vanhemmat yrittivät olla hauskoja vähän pakonomaisen tuntuisesti. Lapset olivat iältään kymmenen pinnassa. Vanhin lapsi oli vetäytyvä, mutta toisaalta hän keksi tarvittaessa tekemistä ja ohjelmaa nuorimmalle sisarukselleen. Nuorin oli kovin vilkas, lähes levoton. Isä ei ollut kertonut lapsilleen sairaudestaan, mutta nämä osasivat päätellä sen itse. Yleisvaikutelma perheestä oli depressiivinen ja apaattinen. Asiat vain tapahtuvat ilman että vanhemmat pohtivat, miksi ne tapahtuvat ja mikä olisi selitys.
- Perhe 4. Sairastava vanhempi oli nelikymppinen äiti. Hänellä oli skitsofrenia. Perheen isällä oli myös psyykkistä oireilua. Lapset olivat alle 10-vuotiaita. Perheen tilanne oli kaoottinen. Vanhemmilla oli rajuja riitoja väkivaltaan saakka. Isä ei tiennyt äidin diagnoosia, vaikka äiti oli ollut sairaalahoidossa. Vanhemmat puhuivat toistensa puolesta ja ohi. Yleisvaikutelma perheestä oli kietoutunut. Perhe ohjattiin jatkohoitoarvioon.
- Perhe 5. Perheen vanhemmat olivat viisikymppisiä. Isällä oli kaksisuuntainen mielialahäiriö. Lapset olivat teini-ikäisiä. Isällä oli ollut useita maanisia jaksoja, mutta suurimman osan ajasta hän oli aloitekyvytön ja masentunut. Isän sairaudesta oli keskusteltu avoimesti kummankin lapsen kanssa ja myös heidän opettajansa olivat tietoisia siitä. Perhe oli yhteistyökykyinen ja vieraanvarainen. Isän maanisista vaiheista puhuttiin avoimesti. Tutkimustyöskentely oli nopeaa ja sujuvaa. Vanhempien yhteinen aika oli vähentynyt ja isä oli siitä huolestunut ja äiti siihen alistunut. Äiti kävi töissä ja oli perheen toimiva osapuoli. Yleisvaikutelma perheestä oli sujuva, mutta surullinen.
- Perhe 6. Perheessä oli viisikymppiset vanhemmat, äidillä paranooidinen psykoosi ja isälläkin psyykkistä oireilua. Näistä asioista ei perheessä puhuttu. Lapset olivat pieniä

koululaisia. Tutkimushaastattelun aikana vanhemmat riitelivät ja yksi lapsi itki, toinen yritti huvittaa perhettään ja tutkijoita. Perheessä havaittiin neuvottomuutta, impulsiivisuutta ja toisaalta masennusta. Yleisvaikutelma perheestä oli avuton ja vihamielinen. Kokonaistilanne oli huolestuttava. Perhe ohjattiin jatkohoitoarvioon.

Perhe 7. Perheen äiti oli nelikymppinen. Perheen lasten ikähaitari oli teini-ikästä leikki-ikään. Äidin sairaalaan joutumiset tapahtuivat yllättäen, mutta arkielämä rutineineen jatkui isän toimesta. Äidin sairautena oli kaksisuuntainen mielialahäiriö. Tyytymättömyyttä oli ilmassa.

Perhe 8. Sairastava vanhempi oli yksinhuoltajaäiti. Lapset olivat yläasteikäisiä. Ero perheen isästä oli tullut vuosia aiemmin tämän päihdeongelman takia. Äiti oli ollut lyhyesti sairaalassa maanisen episodin takia. Perheen ilmapiiri oli avoin, mutta alakuloinen, ankea. Elekieli perheessä oli niukkaa ja fyysistä kosketusta vähän. Suuren tilan keskustelussa otti äiti, lapset olivat hiljaisia, mutta tulivat mukaan keskusteluun, kun heitä siihen aktiivisesti houkuteltiin.

Perhe 9. Perheen keski-ikäisellä äidillä oli skitsoaffektiivinen häiriö. Hän oli ehtinyt sairastaa pitkään. Taudinkuvassa oli ollut enimmäkseen vauhdikkaita vaiheita, mutta myös masennusta. Avioeropäätös oli tehty. Lapset käyttäytyivät iänmukaisesti, he olivat alakoululaisia. Perhehaastattelussa näkynyt alun neutraali ilmapiiri oli todennäköisesti avioeropäätökseen liittyvää helpotusta; asiat oli jo pohdittu ja ratkaistu. Mukana oli ehkä myös kynnistä väsymistä tilanteeseen.

Perhe 10. Sairastava perheenisä oli viisikymppinen. Sairautena hänellä oli kaksisuuntainen mielialahäiriö, mutta sen lisäksi oli päihdeongelmaa ja väkivaltaa. Lapset olivat pieniä koululaisia. Perheen ilmapiiri oli ankea. Vanhemmat puhuivat toistensa ohi, yhteistä säveltä ei löytynyt. Vanhin lapsi piirteli rauhallisesti, nuorin oli huomiota herättävän levoton. Lapsen levottomuus otettiin puheeksi, mutta isä kuittasi sen ikään ja tilanteeseen kuuluvana. Kukaan ei vaikuttanut perheessä tyytyväiseltä tai onnelliselta.

Perhe 11. Perheen isä oli keski-ikäinen ja ulkomaalaistaustainen, joka oli sairastanut ensimmäisen psykoosiepisodein kotimaassaan jo parikymppisenä. Sitten hän muutti avioliiton myötä Suomeen, mutta ei puhunut suomea juuri ollenkaan. Perheen äiti oli työssä käyvä. Lapset olivat peruskoululaisia. Isällä oli ollut vain muutama sairaalahoidto. Sairaus oli arvioitu skitsofreniaksi. Lisäongelmana oli taipumus päihteisiin. Isä toivoi, että muu perhe olisi koko ajan hänen kanssaan. Äiti oli asiallisen toteava. Nuorin lapsi oli käytökseltään veikeä, kontaktoiva. Tilanne vaikutti lukkiutuneelta. Kaikki olivat jollain tapaa adaptoituneet tilanteeseen, joka vaikutti epätydyttävältä jokaista perheenjäsentä ajatellen.

Perhe 12. Perheen isä oli sairastanut pitkään kaksisuuntaista mielialahäiriötä. Hän oli enimmäkseen masentunut. Lapset olivat ala-asteella. Perheen ilmapiiri oli lämmin ja miellyttävä. Lapset olivat poikkeuksellisen hyvin käyttäytyviä ja avoimia. Äiti piti yllä perheen toimintaa ja positiivista ilmapiiriä. Hän oli tehnyt selväksi, että isä käsittelee mielenterveysongelmansa hoitopaikassaan ja kotona keskitytään muuhun. Äiti oli hyvin kiintynyt ja keskittynyt lapsiinsa. Isä viestitti tyytyväisyyttään perheeseensä.

Perhe 13. Perheen kolmekymppinen äiti oli yksinhuoltaja. Hän oli sairastanut nuoruudessaan syömishäiriötä. Psykkiseksi sairaudeksi oli diagnosoitu skitsoaffektiivinen häiriö. Sairaudenkuvassa saattoi olla myös orgaanista etiologiaa. Lapsi oli ala-asteikäinen ja hän vaikutti tavalliselta ja pärjäävältä. Isän ja lapsen välinen suhde oli olemassa. Tutkimuksen aikana äiti oli avoimen psykoottinen ja sairautentunnon. Puhetyyli oli vaikeaselkoista ja vihjailevaa. Sen sisältönä oli mm. poliittinen menestys. Ilmapiiriä väritti äidin psykoottinen puhetulva. Äiti oli myös rajaton. Perhe oli varsin häiriintynyt. Lapsi

oli häneen kuitenkin selvästi kiintynyt, mutta joutui hankkimaan tukensa kodin ulkopuolelta ja pärjäämään pitkälti omillaan.

- Perhe 14. Perheen nelikymppinen isä oli ollut muutaman kerran sairaalassa psykoottisen masennuksen vuoksi, Lapset olivat peruskouluikäisiä. Perhe oli pinnallisen pärjäävä ja tavallinen, mutta surullisen jähmettynyt. Nuorin lapsi yritti olla piristävä. Perhettä kuvasivat sanat hiljaisuus ja varovaisuus. Kielteisiä tunteita ei ollut esillä, ei vihaa, mutta ei myöskään lämpöä tai lohdutusta. Perhe tuotti materiaalia niukasti. Jokin pidätteli puhumasta ja ilmaisemasta asioita ja tunteita. Arjen toiminta oli sujuvaa ja fiksua.
- Perhe 15. Perheen nelikymppinen äiti sairastui paranoidiseen psykoosiin perheen asuessa ulkomailla. Äidin sairastumiseen liittyen perhe muutti Suomeen. Lapset olivat alle 10-vuotiaita. Tutkimusvaiheessa äiti oli jo toipunut psykoosista ja myös sen jälkeisestä masennuksesta. Lapset näyttivät voivan hyvin. Pariskunnan välillä oli epäsuoraa aggressiota ja syyttelyä. Psykoosiin liittyneet asiat näyttivät vielä käsittelemättömiltä. Kuitenkin kokonaisuutena perheessä oli toimiva ja tunnelma oli jopa lupsakka.

Verrokkiperheet

- Perhe 1. Perheessä oli mukava ja helppo tunnelma. Äiti oli hyvinkin kontaktoiva ja helposti lähestyttävä. Isä oli estyneen olinen. Äiti ei osoittanut mitenkään reagoivansa miehensä vähäpuheisuuteen. Lapset peruskoululaisia. He puhuivat avoimesti ja välittömästi tutkijoiden kanssa. Arki vaikutti sujuvalta ja perheen roolit olivat kohdallaan, aikuiset aikuisten roolissa ja lapset lasten roolissa. Perhe antoi aikaansa tutkimukseen, vaikka seuraavana päivänä oltiin lähdössä matkalle hautajaisiin. Kokonaisvaikutelma oli miellyttävä.
- Perhe 2. Perheessä äiti oli nelikymppinen, työssä käyvä yksinhuoltaja. Lapset olivat teini-ikäisiä. Vanhempien ero oli toteutettu asteittain, jotta lapsille olisi helpompaa sopeutua siihen. Isä oli edelleen aktiivisesti mukana lastensa elämässä. Vanhemmat puhalsivat yhteiseen hiileen. Lapsilla oli myös aikuinen sisaruspuoli, jonka kanssa pidettiin yhteyttä. Perheessä vallitseva huolenpito ja läheisyys näkyivät esimerkiksi harrastusretkillä, kun vanhempi sisarus piti huolta nuoremmasta. Perheeseen odotettiin tulevaisuutta taloudellisia ongelmia mutta siihen suhtauduttiin luottavaisesti. Perheessä oli mukava ja rento tunnelma.
- Perhe 3. Perheessä oli työssä käyvät vanhemmat sekä ala-asteikäiset lapset. Toisella vanhemmalla oli ollut päihdeongelma aikaisemmin, mutta hän oli toipunut siitä. Lapset olivat tässä perheessä ilottomia ja kasvottomia. Toinen vanhemmista käyttäytyi töykeästi ja toinen tasoitteli ja sovitteli. Töykeys ja ankeus jäivät mietityttämään.
- Perhe 4. Tässä perheessä vanhemmat olivat kolmekymppisiä ja ammatissa, Lapset olivat alle kouluikäisiä. Vanhemmat olivat rauhallisia ja valoisia, eivät hermostuneet, vaikka nuorin itkeskeli. Vanhemmat arvioivat omaa vanhemmuuttaan siten, että he ajattelivat voivansa parantaa käyttäytymistään olemalla huutamatta liikaa ja puhumalla enemmän kauniita asioita lapsilleen. Vanhemmat myös osoittivat kiinnostusta ja empatiaa tutkimusta ja tutkijoita kohtaan. Asioiden läpikäyminen ja lomakkeiden täyttö oli sujuvaa. Ilmapiiri oli lempeän ystävällinen.
- Perhe 5. Perheessä oli iäkkäät vanhemmat. Avioliitto oli molempien ensimmäinen. Lapset olivat 10 ikävuoden pinnassa. Isällä ja vanhemmalla lapsella oli mukava kontakti, jossa oli fyysinenkin ulottuvuus. Perheellä oli yhteinen harrastus. Ilmapiiri oli rento ja iloinen. Perhe vaikutti läheiseltä ja yhtenäiseltä, vanhemmat perhekeskeisiltä. Vaikka äiti oli puhelias, hän antoi tilaa muillekin.

- Perhe 6. Perheen nuorehkot vanhemmat kävivät töissä. Lapset ovat 10 ikävuoden pinnassa. Lapset, varsinkin vanhin, olivat angstisia, isä hiljainen. Isän puhe keskeytyi usein, hänen ja lasten oli vaikea saada puheenvuoroa äidiltä. Koti oli kaunis ja perhe kunnollinen ja vieraanvarainen. Tunnelma oli kuitenkin vaivautunut ja epäaito.
- Perhe 7. Perheessä oli työssä käyvät vanhemmat. Lapset olivat peruskoululaisia. Yksin oleminen ei tässä perheessä onnistunut, mm. yksi lapsista tuli mukaan äidin haastatteluun. Vanhimmalla lapsella oli somaattista sairautta. Perheellä oli vanhinta lasta lukuun ottamatta vahvat elämänarvot. Tämä lapsi oli aktiivisesti kontaktissa biologiseen isäänsä, joka edusti toisenlaisia elämänarvoja. Perheen vuorovaikutustyyli vaikutti kietoutuneelta ja eriytymättömältä. Tunnelma oli raskas ja iloton.
- Perhe 8. Tässä perheessä oli traumaattinen tausta, oli ollut väkivaltaa. Perheen ilmapiiri oli kuitenkin rento ja valoisa, lempeän rakastava. Edesmenneestä isästä puhuttiin asiallisen kiihottomasti. Lapset olivat tutkijoihin mukavassa kontaktissa.
- Perhe 9. Tässä perheessä oli työssä käyvät vanhemmat. Lapset olivat peruskoulussa. He vaikuttivat hyvinvoivilta. Vanhempaa lasta oli kiusattu koulussa, mutta hän oli saanut apua asiaan ja tuli sen kanssa toimeen. Vanhemmilla oli omia harrastuksia. Perheen arki tuntui toimivan hyvin ja aikuisten ja lasten roolit olivat kohdallaan. Äiti oli erittäin puhelias. Tästä perheestä jäi kiusallinen, epäaito tunnelma.
- Perhe 10. Tässä perheessä oli työssä käyvä isä ja äiti oli kotiäiti. Lasten ikähaitari oli teini-ikästä leikki-ikään. Esitietojen kerääminen äidiltä kesti poikkeuksellisen kauan, koska äiti oli äärettömän puhelias. Perheessä oli ahdistava ja jännittynyt tunnelma. Jossain vaiheessa perheessä oli ollut väkivaltaa. Vanhempien ja lasten väliset rajat ja roolit olivat tässä perheessä selvät.
- Perhe 11. Tämä perhe oli mutkaton ja sujuva. Perheessä oli työssä käyvät vanhemmat. Lapset olivat teini-ikästä pieneen koululaiseen. Tutkimusprotokollan hoitaminen oli helppoa. Perhehaastattelu toteutettiin alkuillasta, myöhemmin illalla isällä ja yhdellä lapsella oli vielä harrastusmeno, mutta mitään kiirettä ei ollut havaittavissa eikä harmistusta tutkijoita kohtaan. Nuorimmalla lapsella ei vielä ollut muita harrastuksia kuin turvallisia leikkejä kotipihalla. Tästä perheestä jäi vaikutelmaksi poikkeuksellisen iloinen ja rento tunnelma.
- Perhe 12. Perheessä oli nelikymppiset vanhemmat, isä työelämässä ja äiti kotiäiti. Lasten ikähaitari oli teini-ikästä leikki-ikään. Yhden lapsen suhteen oli ollut kasvatusongelmia, yhden mainittiin olevan poikkeuksellisen kiltti. Koti oli tavallinen lapsiperheen koti, ei liian siisti, mutta ei sotkuinenkaan. Aluksi perheen tunnelma vaikutti mukavalta, mutta vähitellen siihen tuli levottomia ja rajattomia elementtejä. Perhekeskustelussa äiti puhui, lapset tulivat ja menivät, isä oli melko hiljaa.
- Perhe 13. Tässä perheessä oli työssä käyvä äiti ja noin 10-vuotias lapsi. Lapsi ei ollut isänsä kanssa juuri missään tekemisissä. Äidillä ja tyttärellä oli läheiset ja luontevat välit. Perheen ilmapiiri oli rento ja mukava.
- Perhe 14. Perheen vanhemmat olivat työelämässä ja lapset olivat peruskoululaisia. Perheen elämää leimasi suorittaminen ja kunnollisuus. Koko perheellä oli vaativia harrastuksia. Perhe ei ollut vieraanvarainen eikä ajatellut tutkijoiden mukavuutta. Kokonaisvaikutelma oli etäinen ja vaativa. Lämpöä tai läheisyyttä ei ollut näkyvissä.
- Perhe 15. Perheen vanhemmat olivat työssä käyviä. ja lapset alle 10-vuotiaita. Vanhin lapsi oli arka ja nhäntä oli kiusattu koulussa. Kiusaamisen ja perheen muuton takia hän oli vaihtanut koulua ja kiusaaminen oli loppunut. Vaikka äiti oli puhelias, muutkin saivat puheenvuoron. Tunnelma oli miellyttävä ja tasapainoinen. Perheessä panostettiin

lapsiin ja oli mm. hankittu talo rauhalliselta maalaismaiselta kulmalta, jossa lasten olisi hyvä olla.

